

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL CON MODELO INTEGRATIVO
PARA NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS CON RASGOS DE ANSIEDAD CLINICAMENTE
SIGNIFICATIVA”

POR

DAYHANA ITZEL GONZÁLEZ FLORES

**Tesis presentada en cumplimiento
de los requisitos exigidos para optar
por el grado de Maestría en
Psicología Clínica.**

PANAMÁ, 2019

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en: **Psicología Clínica**

Facultad de: **PSICOLOGÍA**

Número de Código: **CEPT – 327 – 14 – 06 – 17 -156**

Nombre de la Estudiante: **DAYHANA ITZEL GONZÁLEZ FLORES**

Cédula: **8-795-378**

Título al que aspira: **Magister en Psicología Clínica**

Tema de Tesis: **Intervención Psicoterapéutica grupal con modelo integrativo para niños de 7 a 12 años con rasgos de ansiedad clínicamente significativa.**

Resumen Ejecutivo: Este proyecto se trata de una investigación cuasi experimental de un grupo con pre prueba y post prueba con estudio de caso, en el cual se evaluará la efectividad de la Intervención Psicoterapéutica grupal con modelo integrativo aplicado a niños con rasgos de ansiedad clínicamente significativa que pertenecen a la Fundación Tía Dora.

Nombre del Asesor: **Magister Ricardo López**

Firma del Asesor: _____

Firma de la Estudiante: _____

Aprobado por: _____
Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Fecha: _____

DEDICATORIA

A mi madre Matilde, por creer en mí y apoyarme en cada una de las metas de mi vida.

A mi padre Ismael, por alentarme a seguir y terminar lo que inicio.

A mi hermano Ismael Javier, por cada consejo y apoyo brindado.

A mi abuela, Tatalli, quien creyó en mí.

A mis amigas, quienes estuvieron presentes en los momentos más difíciles.

A mis profesores, por sus enseñanzas, palabras de inspiración y motivación.

A todos ustedes, dedico este trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarme vida y salud.

A mis pacientes y sus padres, por la confianza de permitirme entrar en su mundo.

A la Universidad de Panamá, y a sus profesores por todo el conocimiento y proceso de formación brindado.

Al profesor Ricardo López, por su asesoría, guía y motivación para la realización de este trabajo.

A la Fundación Tía Dora, en especial a Xóchitl McKay de Delgado, por ser mi guía y permitirme desarrollar este trabajo de investigación.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	92
ANEXO 2. HISTORIAS CLINICAS	93
ANEXO 3. INSTRUMENTOS	104

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN, CUASI EXPERIMENTAL	58
CUADRO 2: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	73
CUADRO 3: COMPARACIÓN DE LA VARIABLE ANSIEDAD ENTRE LOS PRE TEST Y POST TEST DEL GRUPO	74
CUADRO 4: RESULTADOS ESTADÍSTICOS	75
CUADRO 5: RANGOS	75
CUADRO 6: ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE	76
CUADRO 7: DIFERENCIA DE PUNTUACIÓN	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1: Comparación entre el pre test y post test del grupo	77
---	----

RESUMEN

Mediante un diseño de investigación cuasi experimental de un grupo con pre prueba y post prueba con estudio de casos, se evalúa la efectividad de una intervención psicoterapéutica de modalidad grupal, con modelo integrativo en base a la terapia de juego aplicada a niños de 7 a 12 años, quienes forman parte de la Fundación Tía Dora, y que presentan rasgos de ansiedad clínicamente significativa. Se integró técnicas de los enfoques humanistas y psicodinámicos.

Se trabajó buscando el establecimiento de una relación terapéutica, la expresión de emociones, el desarrollo del insight, la oportunidad para la prueba de la realidad y expresar de la manera más aceptable los sentimientos y necesidades. Para el análisis de la información se utilizaron dos procedimientos, primero un análisis estadístico para los datos cuantitativos y un análisis integrativo. Los datos arrojaron que la intervención psicoterapéutica de modalidad grupal reduce síntomas de forma significativa y que el grupo actúa como un espacio seguro que permite expresar emociones y sentimientos.

ABSTRACT

Through a quasi-experimental research design of a group with pre-test, post-test with cases study, the effectiveness of a group modality psychotherapeutic intervention is evaluated, with an integrative model based on the play therapy applied to children from 7 to 12 years old that are part of the Tía Dora Foundation and have clinically significant anxiety characteristics. Techniques of humanistic and psychodynamic approaches were integrated.

It was worked to establish a therapeutic relationship, expression of emotions, development of insight, the opportunity for the reality testing and to be able to express feelings and needs in a more acceptable way. For the results of the analysis it was used: integration and statistical analysis. The data showed that the group modality psychotherapeutic intervention reduces symptoms significantly and the group acts as a safe space that allows to express emotions and feelings.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	I
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
ÍNDICE GENERAL	V
INDICE DE CUADROS	X
INDICE DE FIGURAS	XI
RESUMEN/ ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL: LA ANSIEDAD	4
1.1. Concepto general	5
1.2. Problemas de Ansiedad	7
1.3. Aspectos del desarrollo	9
1.4. Ansiedad infantil	10
1.5. Implicaciones de la ansiedad en el ámbito escolar	17
1.6. Clasificación y criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad	18
1.7. Clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad	21

1.7.1. Criterios Diagnósticos para el Trastorno de ansiedad por separación según DSM-5.	22
1.7.1.1. Características diagnósticas	24
1.7.2. Criterios Diagnósticos para el Trastorno de ansiedad generalizada según DSM-5.	27
1.7.2.1. Características diagnósticas	29
CAPÍTULO II. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL CON MODELO INTEGRATIVO	30
2.1 Psicoterapia	31
2.2. Principios básicos	33
2.3. Principios terapéuticos comunes	33
2.4. Psicoterapia Grupal	36
2.5. Dinámicas grupales	38
2.6. Psicoterapia en niños	38
2.7. Psicoterapia con Modelo Integrativo	40
2.8. Terapia del juego	45
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	51
3.1. El Problema de investigación. Justificación	52
3.2. Planteamiento del problema	55

3.3. Preguntas de investigación	55
3.4. Objetivos de la Investigación	55
3.4.1. Objetivos generales	55
3.4.2. Objetivos específicos	56
3.5. Hipótesis de investigación	56
3.6. Hipótesis estadística	57
3.7. Diseño de investigación	57
3.8. Diseño estadístico	59
3.9. Variable	59
3.10. Definición de las variables	59
3.10.1. Definición Conceptual de la <i>variable independiente</i> : Intervención psicoterapéutica grupal.	59
3.10.2. Definición Conceptual de la <i>variable dependiente</i> : Ansiedad.	61
3.10.3. Definición Operacional de la <i>variable independiente</i> : Intervención Psicoterapéutica grupal.	61
3.10.4. Definición Operacional de la <i>variable dependiente</i> : Ansiedad	64
3.11. Población	65
3.12. Muestra	65
3.13. Criterios de inclusión	65

3.14. Criterios de exclusión	65
3.15. Confidencialidad	66
3.16. Procedimiento	66
3.17. Instrumentos de medición y evaluación	67
3.18. Limitaciones de la investigación	70
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS	71
4.1. Heterogeneidad y homogeneidad de los pacientes tratados	72
4.2. Análisis estadístico	74
4.3. Estadística descriptiva: Comparación entre el pre test y post test del grupo	74
4.4. Análisis de los resultados	77
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXO	91

INTRODUCCIÓN

La integración en psicoterapia es un tema que se viene estudiando en el mundo de la investigación terapéutica desde hace un tiempo atrás, y que sigue despertando interés de psicoterapeutas e investigadores con el fin de encontrar e innovar en una variedad de posibilidades la búsqueda de la curación de los pacientes. En la actualidad tener la posibilidad de integrar diferentes conceptos teóricos, técnicos o herramientas terapéuticas, aporta al ámbito psicoterapéutico excelentes beneficios, tanto para el paciente como para el psicoterapeuta, siendo este último el gran interesado en tener las herramientas y recursos necesarios para una atención más efectiva.

En esta misma línea, cabe resaltar que al igual que ninguna persona es idéntica a otra, ninguna de las dificultades que presenta un paciente será igual a otro, y un enfoque no siempre será efectivo en uno u otro paciente; y es aquí donde la integración sale a relucir como protagonista. Al enfoque integrativo, le anteceden enfoques como el modelo psicodinámico, cognitivo, conductual o humanista; todos ellos con muchos años abriéndose camino y credibilidad, pero dados los cambios en el ritmo de vida acelerada de nuestras sociedades y en la búsqueda de otros métodos o técnicas más efectivas ante un número mayor de personas, se hace necesario y fundamental.

Un ejemplo claro de los cambios que se presentan en nuestras sociedades es el aumento de casos como la ansiedad o la depresión. En el caso de la ansiedad para la Organización Mundial de la Salud (2016), esta es una enfermedad que va en aumento y es necesario tomar

las medidas correspondientes para prevenir que se siga incrementando. Pero ¿Qué es la ansiedad? ¿Cuáles son sus causas? ¿Cómo se puede prevenir o tratar? estas y muchas otras interrogantes se hacen los profesionales de la salud mental con la intención de encontrar medios y recursos para prevenir que la misma se convierta en una pandemia.

Para Hernández, Vidal, Gómez, Ibáñez y Pérez (2008), afirman que “la ansiedad es un estado afectivo similar al miedo, por su tonalidad displacentera y su contenido de expectación temeroso y angustia de un peligro, se acompaña de la anticipación mental de una situación de peligro o riesgo”. Al igual, que para Calle (1990), refiere que “la ansiedad es una sensación displacentera de mayor o menor intensidad”. En el caso de la ansiedad a edades tempranas del desarrollo, es importante prestarle la debida y oportuna atención para reducir algunos estresores que tienden en convertirse en crónicos sino son tratados a tiempo, afectando directamente la salud física y mental de los niños, su calidad de vida y el nivel de satisfacción, que mejor forma de prevenir o controlar su aparición que en la niñez (Ballesteros y López, 2013).

Dado lo anterior, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo comprobar la efectividad de una intervención psicoterapéutica con modelo integrativo en un grupo de niños que presentaron ansiedad clínicamente significativa, en la búsqueda de métodos efectivos y beneficiosos para el tratamiento de la ansiedad a nivel psicoterapéutico, podemos hablar de muchos modelos y técnicas, pero la integración de dos o más modelos potencializa la efectividad de sus resultados, en este caso la integración de las técnicas de los enfoques psicodinámicos y humanistas.

Este estudio está dividido en cuatro capítulos que fueron organizados de la siguiente manera. El capítulo I, se refiere a la Ansiedad en niños y cómo impacta en ellos. El capítulo II, define la Intervención Psicoterapéutica desde un modelo Integrado. El capítulo III, describe la metodología de la investigación. El capítulo IV, presenta un análisis de los resultados centrados en el estudio y después se realiza una discusión sobre lo que se encontró en el estudio, para luego presentar las conclusiones y las recomendaciones que se derivan del trabajo.

Destaco que los datos personales o identidades de los participantes de esta investigación fueron alterados para proteger su confidencialidad.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL: LA ANSIEDAD

1.1. Concepto general

La ansiedad es un concepto que escuchamos con regularidad en el discurso diario de muchos, pero sabremos en realidad a qué se refiere o significa esta palabra. La ansiedad es una experiencia emocional con la que todos estamos familiarizados, pero no por eso fácil de definir. “Es el estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo o la angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos” (Real Academia de la Lengua, 2017).

Para autores como Calle, (1990), afirma que “La ansiedad es una sensación displacentera de mayor o menor intensidad y que se experimenta como desazón, intranquilidad, confusión, malestar, agitación, indecisión, profunda insatisfacción, incertidumbre, sentimiento de amenaza, aprensión, inquietud difusa, angustia profunda, sensación de disolución o fragmentación, desconcierto y desintegración” (p.43). Se ve la ansiedad como una sensación percibida a mayor o menor fuerza y como el mismo experimenta.

Mientras que para Carroll, (1984) “la ansiedad es la aprensión que experimenta un individuo cuando su personalidad es amenazada. Puede ser constructiva o destructiva, dependiendo del grado de aprensión y de la magnitud de la amenaza” (p.176). Entendiendo la ansiedad como una reacción normal ante una amenaza, pues estimula al individuo a actuar y afrontar la situación según sea la necesidad. Si un grado de ansiedad es necesario para el crecimiento y desarrollo, el exceso es perturbador, y por lo general el individuo elige defensas neuróticas o psicóticas.

Desde este punto de vista “la ansiedad es una emoción normal que todas las personas hemos experimentado, forma parte de un mecanismo de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que nos resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes” (Cárdenas, Fera, Palacios y Peña, 2010, p. 1).

Loosli-Usteri, (1982), define ansiedad como “el estado afectivo de inquietud e incertidumbre interiores que resulta del equilibrio inestable entre las fuerzas progresivas (impulso, el esfuerzo vital, el desarrollo) y el deseo de inmutabilidad (retención, el estacionamiento, el deseo de seguridad)” (p.65).

La ansiedad es un proceso natural del ser humano y una función de su organismo, este mecanismo que normalmente debe ayudarnos a enfrentar una situación puede verse alterado, resultando esto en una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana, en otras palabras, un trastorno de ansiedad (Cárdenas, Fera y De la Peña, 2010).

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones, y que es una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día, tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico como al psicológico y conductual.

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo, es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2016).

Cabe aclarar que la ansiedad por sí misma no se considera una enfermedad y que partiendo de su función, ésta se encuentra contemplada en la amplia gama de respuestas emocionales que presenta cualquier persona. Cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin. En pocas palabras la ansiedad en niveles bajos o controlados es un aliado para la producción tanto creativa, como en otros ámbitos o tareas, siendo un punto de empuje extra para activarse o ser más creativo. Un nivel o grado de ansiedad es totalmente normal y esperado en la naturaleza del ser humano (Calle, 1990).

1.2. Problemas de Ansiedad

La ansiedad es patológica por presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado

evidente de disfuncionalidad en la persona. En pocas palabras la ansiedad en umbrales altos provoca una serie de síntomas tanto físicos como psíquicos (Calle, 1990).

Esta condición se manifiesta por sensaciones somáticas como:

- aumento de la tensión muscular
- mareos
- sensación de cabeza vacía
- sudoración
- hiperreflexia
- fluctuaciones de la presión arterial
- palpitaciones
- midriasis
- taquicardia
- temblor
- molestias digestivas
- aumento de la frecuencia y urgencia urinarias
- diarrea

Síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) como:

- intranquilidad

- inquietud
- nerviosismo
- preocupación excesiva y desproporcionada
- miedos irracionales
- ideas catastróficas
- temor a perder la razón y el control
- separación de muerte inminente.

Como podemos ver en cada uno de los conceptos antes mencionados, la ansiedad desde un punto de vista adaptativo es un mecanismo de defensa universal que siempre ha sido parte del hombre, pero que sucede cuando los niveles de ansiedad sobrepasan la normalidad o lo esperado y soportable por la persona. Es aquí donde debemos ver el tema de la ansiedad como algo patológico, ya que perturba la estabilidad del organismo. Y en este caso que sucede si la ansiedad se presenta en estadios tan tempranos como la infancia, será que altos niveles de ansiedad pueden afectar en poca o gran medida el desarrollo normal del mismo.

1.3. Aspectos del desarrollo

La investigación se enfatizó en la etapa del desarrollo donde el niño se encuentra en una edad escolar de 7 a 12 años, etapa de la socialización secundaria, de modo que las interacciones sociales con los pares empiezan a predominar y comienza el alejamiento de la familia en la búsqueda del fortalecimiento de las relaciones interpersonales.

En los primeros años de vida escolar, el niño tiene una mayor preferencia a jugar con compañeros del mismo sexo, dándose una diferenciación en los estilos de juegos y conductas entre ellos. Se aprecia una identificación con el grupo de pares y un aumento de juegos con reglas, incluso se presentan los primeros signos de intimidación y acoso.

Esta etapa está bien conocida como el período de latencia, donde temas como el dominio y la competición son conceptos muy presentes en esta etapa de vida del niño. Es el período de vida en que el niño poco a poco va distinguiendo entre la realidad y la fantasía, y ven al mundo como un campo de experiencias donde su juicio se va desarrollando. La capacidad de modular sus afectos y mostrar emociones diferentes a las que en realidad siente en su interior.

Es interesante como a esta edad el niño es capaz de relatar y brindar información suficiente sobre su historia, pero de igual forma el juego sigue siendo un facilitador de la comunicación. Está demostrado que la conducta en el juego refleja las actividades y preocupaciones cotidianas del niño. Los juegos de mesa y los dibujos también facilitan la comunicación (Morrison & Flegel, 2018).

1.4. Ansiedad infantil

La ansiedad y la angustia son experiencias humanas que están presentes en el hombre desde que nace hasta que muere, ocupando un lugar de privilegio para bien o para mal en todo el devenir de la existencia, a lo largo del difícil camino que es el aprender a vivir del niño. Está

también en sus crisis vitales y en sus momentos de dificultad, la ansiedad emerge tan rápido, sino somos capaces de explicarlo como una respuesta de la experiencia personal del niño (Loosli-Usteri, 1982).

La edad pediátrica es una etapa de la vida en la que también se presentan trastornos de ansiedad, y si estos son detectados y tratados a tiempo se pueden disminuir el riesgo de su persistencia en la edad adulta. Es de suma importancia puntualizar que dichos trastornos no son producto de la voluntad, no son “irreales” y tampoco son un diagnóstico de exclusión.

No puede aplicarse los conceptos de repercusión visceral somática porque en los primeros años no existe una percepción desarrollada de la corporalidad vivida y las vías por las que transita la experiencia ansiosa son más básicas, más psicobiológicas, menos elaboradas y con menor expresividad psíquica (Rodríguez- Sacristán, 2002).

En años posteriores, la angustia-ansiedad se va pareciendo cada vez más a la del adulto, sobre todo en la adolescencia, edad en la que la fenomenología ansiosa se muestra muy productiva y florida como vamos a comentar a lo largo de este capítulo. De aquí en adelante y para evitar confusiones terminológicas usaremos el término ansiedad, siguiendo la costumbre científica actual que la hace más operativa y útil, objetivo no despreciable pensando en la investigación, el diagnóstico y el tratamiento, sin que renunciemos por ello a la grandeza semántica e histórica de la palabra angustia ni al contenido de su significado.

En realidad, es absolutamente normal tener sentimientos de ansiedad ante determinadas situaciones y a determinadas edades. Con el tiempo, la mayoría de los niños aprende que los monstruos no existen, que los exámenes se aprueban estudiando y cómo responder a una broma. Sin embargo, para algunos, las sensaciones de ansiedad son muy intensas o aparecen muy a menudo, y esto resulta abrumador. En lugar de aprender a manejar la angustia y seguir adelante, estos niños dan paso a la ansiedad y se sienten aún peor (Parrado, 2008).

Los niños en varios escenarios de su vida pueden tener presiones o diversas situaciones que les puede causar o provocar niveles de ansiedad elevados como en el hogar, escuela o barrio. Si nos enfocamos en el colegio podemos ver como actividades tan sencillas como hacer una tarea pueden causar niveles de ansiedad que pueden llegar a imposibilitar la ejecución de su tarea y complicarla. Aquí se trata de ayudar al niño en su lucha espontánea contra la ansiedad y de tratar juiciosamente una ansiedad demasiado arrolladora (Loosli-Usteri, 1982).

A medida que los niños crecen, hay momentos en los que sienten miedo o perciben la sensación de peligro. Para la mayoría de ellos sentir miedo en la oscuridad, pensar en monstruos o tener temor de caerse de la bicicleta representa las primeras experiencias de ansiedad. Para otros niños, estos sentimientos aparecen en situaciones sociales y de evaluación, como al realizar exámenes, conocer a otros niños o quizá ser objeto de una broma (Parrado, 2008).

En la etapa infantil, la presencia de algún nivel de estrés puede expresarse como pesadillas o terror nocturno que es el resultado de diferentes tendencias opuestas que colocan a la persona en una situación de impotencia, impotencia ante la amenaza o persecución, rasgo común en los terrores nocturnos, ejemplos como sueños sobre monstruos, la tierra que se abre, el dragón, la hechicera, son símbolos de las fuerzas regresivas y los ladrones, los asesinos que quieren apoderarse del durmiente se representan las fuerzas progresivas. Se puede apreciar como la pesadilla es la representación simbólica de la ansiedad en el inconsciente profundo (Loosli -Usteri, 1982).

El desarrollo cognicional del niño va matizando la manera de vivir la ansiedad. La espera ansiosa impregna el futuro de desarrollo de esta y la actitud de expectativa, función claramente cognitiva que mediatiza el estilo afectivo más o menos ansioso que el niño va adquiriendo poco a poco en sucesivos aprendizajes. A su vez esta experiencia continuada ansioso- cognitiva va modelando el tipo de percepción emocional y de ansiedad que a su vez repercutirán e influenciarán en el futuro desarrollo cognitivo. Este sentido evolutivo y de futuro estará siempre presente en la experiencia infantil de ansiedad.

Experiencia que debe ser entendida como un todo auto transformable en desarrollo, cambiante y adaptable, en el que lo cognitivo y lo ansioso están tan funcionalmente unidos, que su separación resulta una tarea que parece alejarse

razonablemente de la realidad. El tejido básico que constituye la ansiedad es sin ninguna duda emocional y por tanto se encuentra por su propia esencia en el área de los afectos en el mundo de los sentimientos. Sin embargo, en la misma experiencia ansiosa participa lo cognitivo de una manera bien evidente.

Está probado empírica y experimentalmente la influencia de la ansiedad sobre el pensamiento, la inteligencia y la memoria. Las investigaciones sobre la inhibición intelectual ejercida por la angustia son bien conocidas y se sabe que no es una simple influencia a través de mecanismos reactivos, sino que se trata de una relación que es de “anclaje profundo” (Rodríguez- Sacristán, 2002)

Aunque la ansiedad surge a cualquier edad, existen diferencias en las manifestaciones dependiendo del nivel de desarrollo, puede darse de forma aislada en situaciones como, temor a sufrir daño uno mismo o a las figuras de apego, preocupaciones excesivas, síntomas de ansiedad por separación, pequeñas fobias y observaciones (Parrado, 2008).

La ansiedad es polimorfa en su expresión y en su constitución, también es variable en su concreción de acuerdo con la personalidad del niño, su educación, el estilo afectivo y cultural de la familia y el medio sociocultural en el que se encuentra, por si fuera poco, no están claras las diferencias entre la ansiedad normal y la patológica. Siempre es una experiencia viva compleja y mixta en el que participan la vertiente psíquica y la somática.

Orgilés, Fernández, González y Espada, (2016), hicieron un estudio donde observaron que los síntomas de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de ansiedad en etapas evolutivas posteriores. Concluyeron en la importancia de que el ámbito de la salud mental lleve a cabo una detección temprana de los síntomas de ansiedad en los niños a partir de 8 años para facilitar la intervención y evitar el desarrollo posterior de los trastornos de ansiedad.

La ansiedad puede ser parte útil de la vida de un niño, si es moderada puede impulsarlo a que despliegue todo su potencial cuando se sienta amenazado por sus competidores y tema fracasar. Cuando el niño se encuentra en una situación de crisis, la ansiedad puede salvarlo debido al mecanismo de “luchar o huir” de su organismo que está diseñado para protegerlo porque lo dispone para la acción, pero si esta crisis no se resuelve por la vía física porque la ansiedad se debe al estrés o a una amenaza imaginaria, no se alivian los síntomas físicos, entonces, puede tornarse ansioso por la forma en que se siente, lo cual genera mayor ansiedad.

La angustia es siempre el resultado de los estímulos traumatizantes que conllevan peligro, los cuales varían según la edad de desarrollo, por ejemplo, en la lactancia la amenaza principal es la pérdida del objeto amado; en la fase fálica, la amenaza por el peligro de la castración y en el periodo de latencia, parecen amenazadoras las exigencias del super yo. Aunque se reconoce que la ansiedad es normal, debemos saber que la ansiedad vaga sin objeto es insoportable en niños y en adultos. Se está continuamente en suspenso entre las fuerzas

progresivas y el deseo de inmutabilidad que pone en riesgo a la persona de llegar a un estado de impotencia que pasa a ser un obstáculo para el desarrollo (Loosli-Usteri, 1982).

Si un niño se muestra en exceso ansioso o sensible a tal grado que una ansiedad relativamente ligera provoca una respuesta desmedida, su mente y su cuerpo sufren. En realidad, si la ansiedad es abrumadora, el pequeño dejará de actuar de la manera adecuada.

Los síntomas de ansiedad pueden ser los siguientes:

- dolor abdominal
- boca seca
- sensación de desmayo
- necesidad frecuente de evacuar los intestinos
- necesidad frecuente de orinar
- náuseas
- respiración superficial y rápida (que puede desembocar en hiperventilación)
- aceleración del ritmo cardíaco
- sudoración
- tensión muscular.

Hay más niños con ansiedad de lo que se pueden ver que sufren sueños terroríficos o mejor conocido como terror nocturno, lo que pasa es que no expresan o hablan del tema por varias razones que pueden ser desde el olvido al momento de despertarse o porque prefieren callar una cosa que les parezca “estúpida” o también porque al mismo perturbe su carácter misterioso (Loosli-Usteri, 1982).

Una cierta cantidad de ansiedad en el niño aumenta su necesidad de amor y forma su capacidad para amar, en cambio el exceso de ansiedad tiene un efecto paralizante sobre ambas (Klein, 1932).

1.5. Implicaciones de la ansiedad en el ámbito escolar

Según Strauss, Frame & Forehand (citado en Semrud, Teeter, 2011), los niños en etapa escolar y que presentan ansiedad, experimentan dificultades psicosociales significativas que abarcan malas relaciones con los compañeros, depresión, bajo concepto de sí mismos, amplitud atencional escasa y rendimiento académico deficiente. Es más probable también que estos estudiantes sientan ansiedad frente a los exámenes y cuando tienen que hacer presentaciones orales delante de sus compañeros. La ansiedad afecta a su funcionamiento social y académico, y por ello es necesario que los profesores estén al corriente de estas dificultades mediante la formación permanente y la práctica directa. El trastorno de ansiedad que más se relaciona o se ve en el ámbito escolar es el trastorno de ansiedad generalizada.

1.6. Clasificación y criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad

Cuando hablamos de un trastorno, estamos hablando de una alteración en el funcionamiento del organismo, en el caso de los trastornos de ansiedad podemos mencionar que una de las características es la evitación a lugares o estímulos, hasta formas más sutiles de evitación como la indecisión o la incertidumbre. Estas características se presentan en casi todos los trastornos de ansiedad con la diferencia de los detonantes de esta evitación.

Un trastorno de ansiedad es una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o sus amigos.

Según el Asociación Americana de Psiquiatría (2014), los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados.

El manual diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), expone que los criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad en niños son similares a los adultos, con variaciones en la cantidad de criterios que deben cumplir y el tiempo que deben presentarse los mismos. Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas

por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente, se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas.

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto en factores biológicos como ambientales y psico-sociales:

Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y retirada de medicinas, alcohol, drogas, sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos (Lobo y Campos, 1997).

Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como

factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad.

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicas y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, factores nutricionales, etc., se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad, además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales, como los trastornos del estado de ánimo. Los trastornos de ansiedad son síndromes en que los síntomas de ansiedad físicos y mentales son importantes y persistentes y causan una alteración funcional significativa en el sujeto, no siendo secundarios a ningún otro trastorno. Los síntomas son significativamente parecidos entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica, pero varían en cuanto a la circunstancia y a la historia de cada uno (Hernández, Vidal, Gómez, Ibáñez y Pérez, 2008).

Hay trastornos ansiosos con síntomas continuos (trastorno por ansiedad generalizada) y otros con síntomas episódicos.

1.7. Clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), presenta una clasificación que engloba un grupo de trastornos que a continuación se detallan:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno social
- Trastorno de angustia
- Trastorno de agorafobia
- Trastorno de ansiedad inducida por sustancias/medicamentos
- Trastorno por otra enfermedad médica
- Otros trastornos de ansiedad especificado
- Otro trastorno de ansiedad no especificado

Cada trastorno presenta un criterio diagnóstico, características diagnósticas, desarrollo y curso de la enfermedad, además de diagnóstico diferencial, etc. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La inclusión de dos trastornos que anteriormente se encontraban en la sección de “Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia”: el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo. Este último diagnóstico, en la práctica, sigue reservado para edades tempranas, mientras que para la ansiedad por separación se reconoce que el trastorno puede darse en la edad adulta y tener su inicio después de los 18 años. Los aspectos centrales de los criterios diagnósticos siguen siendo los mismos, aunque, para el trastorno de ansiedad por separación, se ha adaptado su redacción para las presentaciones en la edad adulta y no únicamente en niños y adolescentes. Esta investigación se enfocó en los trastornos de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad por separación que son los que prevalecen.

1.7.1. Criterios Diagnósticos para el Trastorno de ansiedad por separación según DSM-5.

Según el DSM -5 el trastorno de ansiedad por separación presenta los siguientes criterios diagnósticos:

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.

2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidad o muerte.

3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.

4. Resistencia o rechazo persistente que salir lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.

5. Miedo excesivo y persistente o resistente a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.

6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.

7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, duran al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio de un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

1.7.1.1. Características diagnósticas

El Trastorno de Ansiedad por separación deriva por el miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.

El trastorno de ansiedad por separación (TAS) es una respuesta emocional en la cual el niño experimenta angustia al separarse físicamente de la persona con quién está vinculado (generalmente su madre) (Mayez, Gillian y Stout-Sosinsky, 2007). El TAS es un fenómeno normal, esperable y obligado del desarrollo infantil que comienza a manifestarse alrededor de los 6 u 8 meses de edad. La TAS permite que el niño desarrolle paulatinamente su capacidad

de estar a solas. Contribuye activa y necesariamente a este proceso la figura de apego que el niño dispone.

Como ocurre en otros trastornos mentales, el TAS es multicausal. En los que respecta a los factores biológicos se ha descrito que existe un desequilibrio en dos neurotransmisores principalmente: la norepinefrina y la serotonina. Estudios en gemelos mono cigotos han sugerido un importante componente genético para desarrollar los trastornos de ansiedad, y en hijos de padres con trastorno de ansiedad es más frecuente encontrar un diagnóstico del espectro ansioso.

Los factores psicosociales que contribuyen a la aparición del TAS son la exposición a una experiencia traumática propia o escuchar que sucedió, lo cual genera temor y miedo; el antecedente de pérdida o separación de una persona significativa por muerte, trabajo o divorcio, cambiar de escuela, la llegada de un nuevo hermano o padecer una enfermedad (Compton, Nelson y March, 2000).

Los padres sobreprotectores que amparan excesivamente al chico de las adversidades de la vida tienden a afianzar la creencia de que todo afuera de casa es riesgoso y conviene evitar salir del círculo familiar. Aunque actúe con la mejor de las intenciones, el sobreprotector impide al niño o adolescente aprender a manejar adversidades y asumir algún riesgo como parte de su vida. Se ha identificado que las familias que presentan este problema tienden a ser muy consentidoras y sobreprotectoras que transmiten un temor exagerado. Algunos padres transmiten a sus hijos sus propios miedos ante los peligros, y en este caso son los padres

quienes no permiten al chico que se separe. Los niños con TAS son descritos como inseguros, rabiosos y con una necesidad constante de atención, estas conductas frustran a los padres provocando en ocasiones resentimiento y conflicto que puede traspasarse al interior de la familia (Hanna y Fischer, 2006).

La ausencia física o psicológica de uno o ambos padres propicia que no se satisfagan las necesidades básicas de afecto, orientación, límites y supervisión en la crianza. Aunque puede ser normal que el menor experimente mucha ansiedad cuando es separado de los padres por mucho tiempo, esto puede agravarse si no entiende los motivos y no se le da una explicación sobre ello, como ocurre en ocasiones cuando no se le quiere informar de la hospitalización por la enfermedad de una persona cercana, del divorcio de los padres, de un trabajo en el exterior o de la muerte.

En ciertos ambientes socioculturales se maneja la medida correctiva consistente en la amenaza de abandono por parte de los padres, como si “te portas mal te dejo o te regalo” cuando el niño desobedece, lo que genera temor sobre la posibilidad de ser separado de sus padres.

Cuando el psicólogo se encuentra frente a un niño o adolescente del que se sospecha que pueda estar presentando TAS, es muy importante comentar los síntomas para que los identifique como parte de algo anormal. Puede dirigir la conversación con las siguientes preguntas: ¿Has notado que eres de las personas que se preocupan demasiado porque algo les pueda pasar a tus seres queridos, como a tus padres o hermanos? ¿Crees que estas

preocupaciones no te permiten estar tranquilo y aumentan cuando vas a quedarte solo en casa o debes salir sin ellos? ¿Crees que es muy difícil para ti quedarte solo en casa, a pesar de que ya no eres un niño? ¿Te parece justificado estar así de preocupado? ¿Crees que cualquier chico de tu edad estaría igual de preocupado sobre eso como tú lo estás? ¿Qué piensas sobre eso que te pasa?

Se deben elaborar preguntas sencillas y fáciles de entender en el contexto del niño o el adolescente para evaluar cada uno de los criterios diagnósticos y la información debe ser manejada con mucha discreción, no debe revelarse a menos que el niño o adolescente lo autorice, así como brindar la información a los padres sobre el padecimiento y la importancia de ser atendido por un médico especialista en salud mental.

1.7.2. Criterios Diagnósticos para el Trastorno de ansiedad generalizada según DSM- 5.

Según el DSM- 5 (2014) el trastorno de ansiedad generalizada presenta los siguientes criterios diagnósticos:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por

separación, recuerdos de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

1.7.2.1. Características diagnósticas

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva de los acontecimientos o actividades. Para el individuo que lo padece, le es difícil controlar la preocupación y los pensamientos relacionados que interfiere con la atención en sus tareas diarias. Los niños con este trastorno tienden a preocuparse en exceso por su competencia o desempeño. Estas ansiedades o preocupaciones se acompañan de tres de los siguientes síntomas: inquietud, dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastorno del sueño, en el caso de los niños solo requieren de un síntoma adicional.

El término o la expresión clínica del trastorno de ansiedad generalizada es constante a lo largo de la vida, pero la diferencia entre las edades está en el contenido por el que el individuo se preocupa, los niños y los adolescentes tienden a preocuparse por la escuela y el rendimiento deportivo (DSM – 5, 2014, p. 223).

CAPÍTULO II. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL CON MODELO INTEGRATIVO

2.1 Psicoterapia

La palabra psicoterapia proviene de la unión de los conceptos Psico y terapia, ambos de origen griego de las palabras *psiche* y *therapeutikos* respectivamente. *Psicho* significa espíritu, alma o ser y terapia significa asistente o aquel que cuida de otro (Kleinke, 1998).

Según (Lewin & Usdin, 1982) psicoterapia es el tratamiento de los desórdenes mentales y emocionales basados primeramente en la comunicación verbal y no verbal con el paciente, en este caso hace una referencia a todo lo que sucede en un contexto terapéutico en donde se da un trabajo diádico entre paciente-terapeuta y como de esta relación (alianza terapéutica) se realizan los cambios debidos.

La psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales, se lleva a cabo de acuerdo con una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, y tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento de los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente (Coderach, 1990).

Es importante comprender que la psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor

mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales (Kleinke, 1998).

Para algunos profesionales o expertos el uso de la palabra psicoterapia es un problema, ya que no quieren ser identificados como los suministradores de una cura o tratamiento, aun cuando el término consejo no supone una cura o tratamiento en sí (Kleinke, 1998). Para autores como Thomas Szazs (citado en Kleinke, 1998) sugirió “el término iatrológico referido a la provisión de palabras sanadoras” (p.22).

En la Enciclopedia Británica (citado en Opazo, 2001), delimita a la psicoterapia como cualquier forma de tratamiento para los desórdenes psicológicos o emocionales en la cual una persona entrenada establece una relación con uno o varios pacientes con el propósito de modificar o remover síntomas existentes y de promover el crecimiento de la personalidad. Esta definición delimita de manera acertada los significativos avances de la psicoterapia.

Para la psicoterapia en general, este es un enfoque particular, ya que la delimitación conceptual puede realizarse con diferentes grados de precisión y una mejor explicitación tomando en cuenta siempre los postulados básicos. De forma general, se podría decir que la psicoterapia integrativa está conformada de los factores comunes y específicos de más de un enfoque o modelo de estudio con el objetivo de optimizar su aplicación clínica (Opazo, 2001).

2.2. Principios básicos

Son muchas las terapias que se pueden identificar a lo largo de la historia de la psicología se pueden apreciar de forma clara en un libro publicado por Herink que identificó 250 terapias diferentes y Corsini combinó 64 psicoterapias en un manual (Kleinke,1998). A partir de ahí debemos entender cuál es el punto en común de cada una de ellas.

2.3. Principios terapéuticos comunes

Son muchos los autores que tratan de buscar un punto común entre cada una de las terapias dentro de las cuales podemos mencionar a Fran (citado en Opazo, 2001) que identifica cuatro componentes terapéuticos compartidos por todas las formas de psicoterapias:

- Una relación de confianza emocionalmente cargada con una persona (o personas) de ayuda.
- Un marco de curación ofrece una estructura y formalidad al proceso de la terapia.
- Fundamento racional, esquema conceptual o mito
- Un ritual, requiere la participación de actividad tanto cliente como del terapeuta.

Marmor (citado en Opazo, 2001) apuntan los siguientes puntos comunes en los principios psicoterapéuticos:

- Una relación cliente – terapeuta.
 - La habilidad de los clientes de confiar y expresar sentimientos a una persona.
 - Una cierta cantidad de aprendizaje cognitivo.
 - Condicionamiento operante
 - Experiencia emocional
 - Modelado
 - Sugestión y persecución por el terapeuta.
 - Ensayo y práctica de competencias y nuevas técnicas adaptativas que son aprendidas por el cliente en la terapia.
- Una atmósfera de apoyo en la cual el terapeuta es lo suficientemente no directivo como para facilitar la autonomía del cliente.

Hobbs (citado por Opazo, 2001) describió cinco áreas de cambio que ocurre en todas las formas de psicoterapia:

- Se establece una relación terapéutica en la cual es posible para el cliente sentirse cerca de una persona sin ser por ello lastimado.
- Tiene lugar un proceso durante el cual otras personas, objetos, acontecimientos o ideas son despojadas de su potencial para generar ansiedad.

- Se crea una relación de transferencia mediante la cual el cliente aprende que ciertas estrategias neuróticas no son eficaces.
- El locus de control de los problemas del cliente le es transferido.
- Se ayuda al cliente a desarrollar un sentido aceptable de la significación de la vida.

A parte de las propiedades o características comunes mencionadas anteriormente que cada terapia debe tener, existen principios terapéuticos como menciona Kleinke, (1998), que son:

Intercambio de pago por servicio, ofrecer consejo, ampliar la visión del mundo del cliente, ayudar al cliente a recapitular conflictos genéricos, establecer una experiencia emocional correctiva, promover expectativas positivas, permitir la expresión de emociones, ejercer una influencia social y animar a la práctica de nuevas competencias. Es imperativo comprender que la relación entre paciente y terapeuta es vital para un proceso terapéutico adecuado (p.28).

2.4. Psicoterapia Grupal

Como menciona Speier (1968), la psicoterapia de grupo es un procedimiento ideado para solucionar en grupo problemas emocionales mediante recursos psicoterapéuticos. Toma en cuenta al individuo reunido en un grupo y aplica, en forma más o menos explícita o modificada, métodos y conceptos de la psicoterapia general. La formación de grupos y el funcionamiento del individuo en ellos tienen importancia fundamentalmente en el desarrollo de la personalidad.

Hay procesos que son propios de la psicoterapia de grupo, que surgen específicamente de y en la interrelación grupal y no se dan en la psicoterapia individual. Son procesos grupales en sí mismos los siguientes procesos: la vivencia común, el proceso de socialización y maduración de la personalidad a través de la interrelación y el proceso de diferenciación a través de la interrelación grupal (Speier, 1968).

Según Díaz (2000), los psicólogos sociales y los antropólogos reconocen al grupo como agente terapéutico por sí mismo. Pero las psicoterapias tratan de establecer ciertos controles sobre los procesos de cambio espontáneos. Estos cambios tienen efectos en cada uno de los integrantes del grupo terapéutico que en conjunto con el terapeuta que va guiando cada uno de los pasos a seguir en el proceso.

Para Florenzano (1984), se tiene claro que, dentro de las terapias psicológicas una de las variedades con crecimiento más espectacular ha sido aquellas que implican técnicas grupales. Si bien el valor emotivo de ceremonias y rituales en común ha sido conocido desde antiguo, esta cualidad no fue explotada sistemáticamente hasta comienzos de este siglo.

Los pacientes son observados en el ámbito interpersonal donde se manifiestan sus estilos relacionales y defensivos característicos. Se facilita que se presenten una serie de sentimientos y recuerdos usados de manera efectiva. Con esto podemos ver que el formato grupal da la oportunidad de vivir una experiencia que tiene un amplio rango de opciones interpersonales y facilita la generalización a la vida cotidiana del paciente (Rutan y Stone, 1993; Urra, 2005).

Las personas crecen y cambian en grupos por medio de tres mecanismos psicológicos que son: la imitación, identificación e internalización. De modo tal que los pacientes tienen la oportunidad de ver diferentes tipos de interacciones, estilos de relación y técnicas de solución de problemas, estos procesos fortalecen la intervención terapéutica y brindan un mayor porcentaje de efectividad del mismo. Ya cuando hablamos de tratamientos se plantea que los grupos terapéuticos son dispositivos basados en la expectativa de que la interacción brinda beneficios recíprocos a todos los participantes y que se comparten los principios generales de la psicoterapia (Fernández y Opazo, 2004; Rutan y Stone, 1993; Urra, 2005).

2.5. Dinámicas grupales

Los diferentes teóricos y terapeutas de grupo han mostrado que el proceso grupal trasciende a las interacciones de cada uno de sus miembros. Al reunir un conjunto de personas por un tiempo predeterminado en sesiones fijas a lo largo del tiempo, se genera un conjunto predecible de fenómenos que hacen aflorar algunos conflictos prototípicos en torno a temores tales como dependencia, agresión, competencia e intimidad. Un elemento clave para el éxito de un grupo psicoterapéutico, es la inclusión en éste de pacientes apropiados. Esto significa que el proceso diagnóstico y de evaluación para ingreso al grupo debe ser realizado muy cuidadosamente.

Fernández – Álvarez (citado en Urra, 2005) expone un formato para grupos que pueden aplicarse a una generalidad de tratamientos, donde se presenta que el número de pacientes en el grupo debe ser un promedio de 7, que puede variar entre 4 y 10 pacientes, de existir más personas en el grupo, se deberían dividir en dos grupos. Cuando habla del tiempo de las sesiones, menciona que, entre 120 y 100 minutos, entre una o dos veces por semana y sesiones especiales excepcionales. Posteriormente, en este trabajo se plantearán algunas adecuaciones necesarias para cuando se trabaje con niños.

2.6. Psicoterapia en niños

Según Morales, (2005), los primeros reportes de psicoterapia infantil están en “la fobia de Juanito” de Freud, quien presenta el caso de un niño que tiene miedo a que lo muerda un

caballo en la calle. A larga distancia y en forma indirecta Freud analizaba los temores, y cuando el niño no platicaba con su padre se suspendía la terapia. Aquí vemos el inicio de los estudios en niños y como se inicia a darle importancia y relevancia a esta etapa de la vida del individuo en el proceso de desarrollo e inicio de posteriores afecciones no tratadas en su momento.

Luego Ana Freud, sostuvo que el motivo de estudio del psicoanálisis en estas etapas son las fantasías infantiles continuadas, las vivencias de placer imaginarias y el temor a los castigos. Afirmó que el yo infantil tiene la capacidad de negar de la realidad todo aquello que le produce displacer, y por ello la fantasía y el juego son los mejores medios de psicoterapia que posteriormente se observa como el juego es utilizado como medio de comunicación con el niño (Morales, 2005).

Para el manejo de los trastornos de ansiedad en la infancia requiere una intervención clínica y si es necesario modificaciones en el entorno para reducir algunos estresores. Tienden a convertirse en crónicos si no son tratados a tiempo, convirtiéndose en causa de discapacidad, de modo que a largo plazo inciden directamente sobre la salud física y mental de los jóvenes, su calidad de vida y nivel de satisfacción (Ballesteros & López, 2013).

Es por ello, que la psicoterapia infantil va tomando gran importancia para el adecuado manejo de las diferentes patologías que pueden aparecer en los niños y niñas, y más tomando en cuenta que el proceso de comunicación es diferente al del adulto, tener parámetros

y procesos establecidos para una psicoterapéutico infantil llega a ser de gran ayuda para el terapeuta al momento de enfrentarse con dichos tipos de casos.

2.7. Psicoterapia con Modelo Integrativo

La tendencia a la integración de varios enfoques es un movimiento que inicia a mitad del siglo XX, con obras como “Personalidad y psicoterapia: un análisis en términos de aprendizaje, pensamiento y cultura” o investigaciones sobre la eficacia de la psicoterapia en base a casos concretos y factores comunes, dando la posibilidad de integrar diversos conceptos teóricos y técnicos (Figueroba, 2018).

Figueroba, (2018), refiere que hay tres tipos principales de integración con aproximación de un objeto común: la teoría, la técnica y el enfoque de los factores comunes. Estos puntos serán desarrollados y mencionados más adelante por Norcross, como autor de las mismas, pero de forma general podríamos decir que cuando hablamos de integración teórica consiste en combinar los planteamientos de distintas orientaciones psicológicas, en el caso del eclecticismo técnico, consiste en aumentar la eficacia de la psicoterapia combinando las aportaciones más útiles de distintos modelos y finalmente en el enfoque de factores comunes, el 30% de la eficacia de las terapias se debe a los factores comunes y el 15% a las técnicas escogidas.

Para Norcross y Goldfried (2003) dos o más terapias son integradas con la esperanza que los resultados sean mejor que la aplicación de una sola terapia. La integración teórica no solo envuelve los conceptos o creaciones teóricas sino también la técnica y el método. Podemos integrar en psicoterapia dos enfoques o corrientes con la finalidad de maximizar los efectos. Actualmente, ya no es posible adherirnos a un solo enfoque teórico por el bienestar de nuestros pacientes. En este trabajo de investigación se integró dos enfoques (psicodinámico y humanístico) que contienen factores comunes epistemológicos y que de ninguna manera se contradicen.

A diferencia de otras épocas en las que se contaban con uno y otro enfoque psicológico, en la actualidad, en la psicoterapia contemporánea se cuenta con una gran variedad de enfoques cada uno con un aporte de contenido y una metodología valiosa y aplicable, y esto muchas veces dificulta encontrar dentro de tantas opciones una que resulte satisfactoria. Es importante destacar que dentro de tantos enfoques aún no exista una homologación que sea totalmente aceptada. Ser diferente o ser nuevo no constituye una garantía de ser mejor, por lo tanto a una psicoterapia integrativa emergente le corresponde hacerse cargo del desafío de hacer mejor las cosas y de ser capaz de aportar significativamente más, (Opazo, 2001).

Opazo, (2001), afirma que el desafío de la psicoterapia integrativa pasa entonces a ser multifacético, por una parte, implica aportar ventajas comparativas con relación a los enfoques específicos existentes, sean estos el enfoque conductual psicodinámico, familiares, gestáltico,

etc. Por otra parte, implica a aportar ventajas comparativas con relación a las aproximaciones eclécticas. Finalmente, implica superar el aporte derivado de los factores comunes.

Frank, (como se cita en Opazo, 2001), presentó lo que ha sido la formulación más aceptada de factores comunes a los diferentes enfoques. Identificó cuatro factores supuestamente compartidos: una relación emocionalmente cargada, una persona ayudadora, un setting de sanación (healing), un fundamento teórico, esquema conceptual o mito que aporta una explicación plausible para los síntomas del cliente y prescribe un ritual o mito para resolverlos y un ritual que requiere participación tanto del cliente como del terapeuta y que es considerado por ambos como medio para restablecer la salud del cliente.

Finalmente, Norcross (como se cita en Maero, 2015), identifica cuatro formas distintas de integración:

- Eclecticismo técnico: Utilizan procedimientos extraídos de diferentes fuentes sin necesidad de suscribir a las teorías que las originaron.
- Integración teórica: En esta forma de síntesis, dos o más teorías son integradas con la esperanza que el resultado sea mejor que el de las terapias constituyentes por sí mismas. Que se integran las técnicas como la teoría.
- Factores comunes: Este abordaje intenta encontrar los ingredientes comunes a todas las terapias, con la meta de encontrar tratamientos más parsimoniosos y eficaces.

- Asimilación integrativa: Adoptar un sistema de psicoterapia y desde allí tomar perspectivas y prácticas provenientes de otros modelos. Este fue el proceso que se eligió para la realización y ejecución de esta investigación.

Rosado, (2016), refiere que la psicoterapia integrativa hace un intento de potenciar y desarrollar la efectividad psicoterapéutica, donde la misma tiene tres líneas principales: Los factores comunes, la integración teórica y la integración técnica.

De forma más detallada podemos decir que:

- Los factores comunes tienen como planteamiento que las psicoterapias curan por aquello que tienen en común y no por sus diferencias específicas.
- La integración teórica une dos o más enfoques de psicoterapia con la idea de mejorar. Integra los elementos teóricos o conceptuales de las diferentes psicoterapias y producto de este proceso se da una integración de las técnicas de cada elemento.
- La integración técnica tiene un interés por la selección de procedimientos terapéuticos efectivos, independientemente del marco teórico.

Para Frank (como citó en Rosado y Rosado, 2016) los seis *factores comunes* en todas las psicoterapias son:

- Una relación de confianza

- Una explicación racional
- El proporcionar nueva información acerca de la causa y los problemas del paciente.
- La esperanza del paciente de encontrar ayuda en el terapeuta.
- La oportunidad de tener experiencias de éxito y dominio de los problemas.
- Facilitar la activación emocional.

En la Integración Teórica, según Feixas y Miró (como citó en Rosado y Rosado, 2016) los tres enfoques dominantes son:

- La integración teórica híbrida: supone la creación de un nuevo marco teórico proveniente de la articulación de dos teorías.
- La integración teórica amplia: incorpora en una misma propuesta los elementos de una diversidad de modelos y enfoques.
- La integración metateórica: proponen integrar solo aquellas posturas que sean compatibles a nivel epistemológico.

La Integración técnica se divide en:

- La integración técnica pragmática, selecciona las técnicas a utilizar según su eficacia comprobada.

- La integración técnica de orientación se basa en la selección de técnicas psicoterapéuticas.
- La integración técnica sistemática, selecciona técnicas de acuerdo con una lógica sistemática o esquema básico que indica las técnicas a emplear según el tipo de clientes.
- La terapia multimodal (Rosado y Rosado, 2016).

2.8. Terapia del juego

Vemos reflejado en la propuesta de Melanie Klein, la utilidad del juego en el psicoanálisis de los niños, por ser un medio de expresión natural para ellos y como sustituto directo de las verbalizaciones del adulto. Mientras que Winnicott sugirió, que, en los escritos de Klein, cuando se ocupaba del juego se refería casi siempre al uso de este. El terapeuta busca la comunicación del niño y sabe que por lo general no posee un dominio tal del lenguaje que le permita transmitir las infinitas sutilezas que pueden hallar en el juego quienes las busquen. Axiline, utilizó el salón de juegos como el espacio terapéutico de los niños con una técnica no directiva: espera a que en el salón de juego surja el conflicto que afecta al paciente y reflejar por este medio su solución (Morales, 2005).

Para Winnicott, (1971), el juego adquirió significado con un nuevo color desde que siguió el tema de los fenómenos transicionales y buscó sus huellas en todos los sutiles desarrollos, desde la primera utilización del objeto o la técnica transicional hasta las últimas

etapas de la capacidad de un ser humano para la experiencia cultural. Según Winnicott, (1971), es bueno recordar siempre que el juego es por sí mismo una terapia, conseguir que los chicos jueguen es ya una psicoterapia de aplicación inmediata y universal, incluye el establecimiento de una actitud social positiva respecto del juego. Tal actitud debe contener el reconocimiento de que este siempre puede llegar a ser aterrador.

Para Esquivel, (2010), la terapia de juego le proporciona al niño la oportunidad de explorar y expresar su experiencia, sentimientos y pensamientos. Así como a intentar comprender la propia conducta y la de los demás. Los conflictos internos y contenidos que se reflejan en el juego, frecuentemente se relacionan con la dependencia, pérdidas, control, miedo, ansiedad, inversión de papeles y autoconcepto.

Los fundamentos para incorporar los medios del juego y el juego al trabajo con niños se basan en los siguientes conceptos:

- Los juegos son un medio de expresión natural, experimentación y aprendizaje en general del niño.
- El niño se siente en casa en un escenario de juego y se relaciona fácilmente con los juegos y lo que les concierne.
- El juego facilita la comunicación y la expresión.

- El juego es un medio que también facilita la liberación catártica de sentimientos, frustraciones y ansiedades; es decir, brinda la oportunidad de ventilar y manejar sus emociones desde una perspectiva diferente (Esquivel, 2010).

La actividad lúdica resulta estructurante para la personalidad del niño y le permite dominar enérgicamente para la personalidad del niño y le permite dominar enérgicamente las angustias, a la vez que es también un indicador de conflictos para el entorno en la medida en que éste le presta atención (Puyuelo, 1984).

Según Esquivel, (2010), la Psicoterapia infantil con un enfoque Psicodinámico, considera que el juego representa el equivalente a la asociación libre, es decir que es una técnica que reemplaza la asociación libre que utiliza el adulto. Por medio del juego, el niño actúa de manera simbólica, sus fantasías inconscientes, sexuales y agresivas, sus deseos y sus experiencias vividas. En las sesiones van apareciendo las ansiedades y las defensas.

Aquí, las técnicas que se utilizan permiten la proyección usando materiales no estructurados, ejemplo: el barro, la pintura, el agua, la arena, o mejor conocidos como accesorios para simulación. Los dibujos se utilizan como material para interpretar el contenido simbólico (Esquivel, 2010).

En el modelo humanista, específicamente en el enfoque Gestáltico, utiliza la técnica de juego como expresión de sentimientos, a través de materiales menos estructurados, la

narrativa y la imaginación, además de técnicas vivenciales que facilitan la espontaneidad y la vivencia, el sentir y la comprensión. Las bases son el aquí y el ahora, lo obvio y la toma de consciencia de lo que hacemos, como lo hacemos y que es lo que queremos o necesitamos en realidad (Esquivel, 2010).

Se aplican ejercicios sensoriales que fomentan la toma de consciencia, el darse cuenta permite al niño estar consciente de su cuerpo, estar presente y tomar contacto con la realidad. El uso de la fantasía y el dibujo permite al niño tener contacto con sus emociones y favorece la expresión. Además de la utilización de técnicas como:

- Dibujo libre: Para Oaklander, (2001), con frecuencia los niños prefieren dibujar o pintar lo que se les antoja y no lo que se les dice que hagan, esto no desvirtúa el proceso terapéutico, la importancia reside en lo que es el primer plano para el niño.
- Pintura: La pintura tiene un especial valor terapéutico según fluye la pintura, así fluye con frecuencia la emoción, los niños disfrutan pintando, especialmente los que han pasado la edad de la sala cuna y el jardín infantil. Los niños adoran la fluidez y el brillo de las pinturas de colores, les gusta la experiencia de pintar.
- Dactilopintura: La dactilopintura y la arcilla tienen cualidades táctiles y kinestésicas similares, es una actividad que lamentablemente, por lo general, se limita a grupos preescolares, tiene excelentes cualidades, es tranquilizante y tiene fluidez. El pintor puede hacer diseños y cuadros experimentales y borrarlos rápidamente, no experimenta frustraciones y no necesita de mucha pericia.

- Arcilla plástica para modelar o plastilina: Mientras se conversa con un niño se puede jugar con un trozo de plastilina y darle un pedazo para que él también juegue, nunca se seca ni se endurece y no necesita tanto cuidado en su uso.
- Narración: El Dr. Richard Gardner (citado en Oaklander, 2001) describe en forma muy detallada su técnica de narración mutua, donde él hace que primero el niño cuente un cuento y después el terapeuta cuenta su propia versión usando los mismos personajes del niño, pero ofreciendo una solución mejor. La historia del niño es una proyección, por lo general refleja algo de su situación de vida, cada cuento finaliza con una lección o moraleja derivada de la situación narrativa.

Como mencionó, (Bettelheim, 1977), para poder dominar los problemas psicológicos del crecimiento, el niño necesita comprender lo que está ocurriendo en su yo consciente y enfrentarse con lo que sucede en su inconsciente. Los cuentos e historias infantiles son útiles para que adquieran una comprensión y la capacidad de luchar, no por el lado de la comprensión racional y contenido de su inconsciente, sino a través de ordenar una nueva y fantasear sobre los elementos significativos de la historia, en respuesta a las pulsiones inconscientes.

En la terapia de juego, debemos tener presente que la estructura y el proceso pueden variar de acuerdo con el plan terapéutico y el o los enfoques teóricos. Cuando hablamos de terapia de juego grupal es fundamental el tamaño del grupo, dentro de las reglas que se establece está que, entre más pequeños sean los niños, más pequeño debe ser el grupo, se debe relacionar el nivel de estructura que debe brindarse en el grupo y adicional debe relacionarse

con la edad de los niños. Para este trabajo los casos se enfocan en la edad escolar o también conocida como el periodo de latencia, (Schaefer, 2012).

Para determinar el tiempo adecuado de las sesiones debemos pensar que para los preescolares y los niños de edad escolar un grupo de terapia de juego puede durar 20 a 40 minutos. Ya cuando los niños se van acercando a los niveles intermedios de la primaria o a la secundaria, la duración de los grupos puede ser de una hora o más. Es importante tomar en cuenta que los grupos intensivos de corto plazo deben tener reuniones de dos o cinco veces por semana y las mismas pueden ser muy efectivas (Schaefer, 2012).

Schaefer, (2012), menciona que, en el caso de la terapia de juego en el modelo psicoterapéutico integrativo, donde se combinan teorías para tratar un caso en particular es posible integrar estrategias de juegos individuales, grupales y familiares o teorías psicodinámicas y humanistas. En la Psicoterapia de Juego integrativo la meta terapéutica es elaborar un plan de tratamiento que corresponda a las necesidades de los pacientes, optimizando el beneficio terapéutico.

El juego en psicoterapia llega a ser el mejor camino para analizar y comprender la conducta infantil, siendo una pieza clave en el desarrollo del niño, pues guarda conexiones sistemáticas con otros planos distintos al juego, es una oportunidad de autoaprendizaje y autoconocimiento para el niño. El uso del modelo integrativo le da mayores recursos a la psicoterapia de juego que independientemente del marco teórico que se utilice, el juego constituye la herramienta esencial del proceso terapéutico (Esquivel, 2010).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Concluida la revisión de los aspectos conceptuales y teóricos que sustenta esta investigación, en este capítulo presentaremos los aspectos metodológicos correspondientes como el planteamiento del problema de investigación, los objetivos generales y específicos, el tipo de estudio, descripción de las variables, la formulación de hipótesis de investigación, además de delimitar la muestra, prueba de hipótesis, instrumentos utilizados y el procedimiento de recolección de los datos.

3.1. El Problema de investigación. Justificación

Vivimos en una sociedad altamente cambiante que ha impactado el estilo de vida de las personas que forman parte de ella. Estos cambios han provocado que el ritmo de vida sea acelerado y hasta cierto punto complicado no solo para los adultos, sino también para los niños y niñas que en ella habitan. Este ritmo acelerado de vida ha aportado la aparición de problemas o enfermedades como la Ansiedad.

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo, entre 1990 y 2013 el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones, cerca de un 10% de la población mundial está afectada, los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de la enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad (Organización de la Salud, 2016).

Este estudio le da importancia al problema de la ansiedad, pues Panamá no escapa de esta realidad y se debe tomar las medidas necesarias para prevenir la aparición de estos casos y evitar la proliferación de la misma. Se estima que la brecha de tratamiento de personas con trastornos mentales que no reciben algún tipo de tratamiento en la Región es superior al 60% (Ministerio de Salud de Panamá, 2015).

Los principales problemas de salud mental que enfrenta la población panameña son trastornos de ansiedad, depresión, afectivos, psicosis, el consumo de sustancias. Las enfermedades mentales tienen relación con la vida cotidiana de las personas y con el modo con que cada uno se lleva con su familia, en el colegio, en el trabajo, en el juego, en su barrio o en la comunidad (Ministerio de Salud de Panamá, 2015).

Este estudio está enfocado en los trastornos de ansiedad, enfermedad que no es exclusiva de la población adulta, también puede atacar a la niñez. Solemos decir que la niñez es el futuro de nuestra sociedad, pero debemos actuar lo antes posible para que el futuro de ellos no se vea truncado por la falta de acción de parte del área de salud. Es una realidad que los niños y niñas de nuestro país viven desde su perspectiva, los mismos cambios y devenires sociales que afectan a los adultos.

Dentro de los estudios que se han realizado sobre la ansiedad en niños, podemos mencionar que los niños con ansiedad de separación presentan problemas de sueño como lo

expone Orgilés, Fernández, Gonzalez y Espada (2016), en su estudio de niños con síntomas de ansiedad por separación. Los niños mostraron rutinas menos adecuadas a la hora de dormir, menor calidad del sueño, más rechazo al ir a dormir y más ansiedad relacionada con el sueño, los problemas de sueño mostraron ser predictores de la ansiedad por separación.

Hay estudios que ponen de manifiesto que los profesionales trabajan en la disminución de esta problemática, como Jara (2011), que realizó estudios en niños 8 y 9 años de padres separados que tenían rasgos de ansiedad, realizándoles una intervención psicoterapéutica breve en donde logró una disminución de los síntomas de ansiedad reportados por los pacientes antes de iniciado el tratamiento.

Además, el trabajo realizado por Tejeira (2007), donde realizó una intervención psicoterapéutica grupal a niños de 9 a 13 años diagnosticados con enfermedades malignas buscando mejorar su calidad de vida, estrategias de afrontamiento y sus niveles de ansiedad. Lo anterior expuesto confirma la constante preocupación que tenemos los profesionales de la psicología en la búsqueda de la mejoría de nuestros pacientes, presentando estrategias y técnicas que sean efectivas y asertivas como tratamiento.

3.2. Planteamiento del problema

¿Los niños de 7 a 12 años con ansiedad clínicamente significativa que participen de la intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo disminuirán sus síntomas de ansiedad?

3.3. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad de los niños de 7 a 12 años antes y después de aplicar la Intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo?
- ¿Es efectiva la Intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo para ayudar a disminuir los niveles de ansiedad clínicamente significativa en niños de 7 a 12 años de la Fundación Tía Dora?
- ¿El nivel de ansiedad clínicamente significativas en los niños de 7 a 12 años será menor después de aplicar la Intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo?

3.4. Objetivos de la Investigación

3.4.1. Objetivos generales

- Identificar la muestra de los niños de 7 a 12 años que presentan rasgos de ansiedad clínicamente significativas.

- Diseñar un programa de intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo que ayude a disminuir en los niños los rasgos de ansiedad clínicamente significativas.
- Evaluar la efectividad de la Intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo en la disminución de los rasgos de ansiedad clínicamente significativas de los niños que participan del estudio.

3.4.2. Objetivos específicos

- Evaluar los niveles de ansiedad clínicamente significativas en un grupo de niños que participa del estudio.
- Aplicar un tratamiento psicoterapéutico grupal de modelo integrativo a niños de 7 a 12 años que presentan rasgos de ansiedad clínicamente significativas.
- Validar estadísticamente la efectividad de la intervención psicoterapéutica grupal de modelo integrativo en niños con ansiedad.

3.5. Hipótesis de investigación

Los niños de 7 a 12 años con ansiedad clínicamente significativa que participen de la intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo disminuirán sus síntomas de ansiedad.

3.6. Hipótesis estadística

La hipótesis central del trabajo a verificar consiste en conocer si se genera una disminución significativa en los síntomas de los niños tratados psicoterapéuticamente, en términos estadísticos esta hipótesis se presenta en términos de hipótesis nula e hipótesis alterna, a continuación, se formulan estas presunciones:

$$H_0 : \bar{x}_1 = \bar{x}_2$$

$$H_A : \bar{x}_1 \neq \bar{x}_2$$

\bar{x}_1 : Media de los niveles de ansiedad del grupo experimental antes del tratamiento.

\bar{x}_2 : Media de los niveles de ansiedad del grupo experimental después del tratamiento.

3.7. Diseño de investigación

Se trata de un estudio experimental de diseño cuasi experimental con grupo pre prueba y pos prueba y estudio de caso. En los diseños cuasi experimentales, los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están conformados antes del experimento: son grupos intactos (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

Aquí los sujetos de investigación son asignados a conveniencia, por lo tanto, es un muestreo no probabilístico. En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no

depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández, 2003).

A los sujetos se les aplicó una preprueba y una vez identificados aquellos que obtuvieron un puntaje de 55 hacia arriba, se les aplicó el tratamiento experimental. Al final del tratamiento se le administró la post prueba. Por ser un estudio psicológico se realizó una evaluación, historial clínico y examen mental al inicio del estudio y así se obtuvo una línea base. Este periodo inicial de observación conocido como línea base, proporcionó información acerca del nivel de conducta antes de que comenzara la intervención (Kazdin, 2001).

CUADRO 1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. CUASI EXPERIMENTAL

G O1 x O2

Siendo:

G: grupo.

X: tratamiento.

O1: medición del Prest- Test del grupo experimental.

O2: medición del Post- Test del grupo experimental.

3.8. Diseño estadístico

Se verificó los efectos de la intervención grupal a través del análisis de la diferencia entre medias que arrojó las pruebas aplicadas al grupo antes y después del tratamiento. Esto se efectuó a través de la prueba U de Mann-Whitney para grupos dependientes ya que se trata de un solo grupo. Los datos obtenidos estadísticamente se analizaron mediante la estadística no paramétrica con la prueba de Wilcoxon ManWhitney. Se utilizó el programa estadístico SPSS, con un nivel de alfa 0.05.

3.9. Variable

Variable independiente: Intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo.

Variable dependiente: La ansiedad

3.10. Definición de las variables

3.10.1. Definición Conceptual de la *variable independiente*: Intervención psicoterapéutica grupal.

Es un campo específico en el ámbito de las psicoterapias, es una realidad condicionada, planificada estrictamente por el terapeuta con miras a un objetivo terapéutico que tiene en cuenta la conveniencia de ese grupo para sus participantes. Proceso psicosocial en el que un psicoterapeuta experto, utiliza la interacción emocional en grupos pequeños, para reparar la

salud mental enferma, es decir, para llevar a cabo la mejoría de las disfunciones de la personalidad en individuos para este propósito específico (Díaz, 2000).

Para Speier, (1968), la psicoterapia de grupo es un procedimiento ideado para solucionar problemas emocionales en grupo mediante recursos psicoterapéuticos. Como tal, pues, toma en cuenta al individuo reunido en un grupo y aplica, en forma más o menos explícita o modificada, métodos y conceptos de la psicoterapia en general.

Los sujetos de este estudio son niños y los mismos utilizan el juego como técnica de tratamiento, ya que el juego es una parte fundamental de su desarrollo. Los niños juegan para aliviar tensiones, explorar la realidad, aprender y relacionarse con otros, tanto adultos como pares, el juego se desarrolla en una zona intermedia que abarca elementos subjetivos y lo que se percibe del exterior (espacio transicional) (Winnicott, 1971).

Para Schaefer, (2012), la terapia de juego grupal recurre a distintas teorías y puede ser utilizada por terapeutas entrenados de una gran variedad de orientaciones. Es posible emplear una gran variedad de teorías y técnicas en el desarrollo y proceso de los grupos de terapia de juego. En base a este planteamiento la intervención psicoterapéutica grupal del estudio tendrá un enfoque integrativo de dos modelos (modelo psicodinámico y modelo humanista).

3.10.2. Definición Conceptual de la *variable dependiente*: Ansiedad.

Durante las etapas del desarrollo, el niño aprende a entender y enfrentar diferentes tipos de miedos, con el tiempo estos temas disminuyen o desaparecen espontáneamente, sin embargo, cuando la angustia es excesiva y persistente, se acompaña de un estado de tensión e interfiere con el desarrollo normal de la vida, es aquí cuando hablamos de trastornos de ansiedad (Ferjerman, 2010).

La ansiedad está orientada hacia el futuro y se refiere a un estado en el que un individuo se muestra aprehensivo, tenso e incómodo en exceso, acerca de la posibilidad de que algo terrible suceda (Halgin, Krauss, 2004).

En los casos que veremos en esta investigación haremos referencia al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM -5.

3.10.3. Definición Operacional de la *variable independiente*: Intervención Psicoterapéutica grupal.

Consiste en sesiones grupales. Estas sesiones incluyen un total de ocho sesiones de psicoterapia grupal con modelo integrativo, con una frecuencia de dos sesiones por semana, con una duración de cuarenta y cinco minutos cada una y dos sesiones individuales con cada paciente una al inicio antes del tratamiento y otra posterior al tratamiento. Se realizaron dos sesiones con los padres de cada paciente para un primer contacto donde se recolecto

información del paciente, se le explicó el formato del tratamiento, se firmó la carta de consentimiento informado y se realizó el contrato terapéutico.

Se establecieron focos terapéuticos que se adaptaron a medida que fue transcurriendo las sesiones y según los participantes expresaron durante las mismas, de manera general se buscó: el establecimiento de una relación terapéutica, la expresión de emociones, el desarrollo de insight, la oportunidad para la prueba de realidad y para expresar de manera más aceptable los sentimientos y necesidades (Schaefer, 2012).

Desarrollo de sesiones:

Sesión 1: Se estableció la alianza terapéutica, donde se exploró el conocimiento del motivo de asistencia al tratamiento, se explicó y aclaró en que consiste el tratamiento y la duración de este, se estableció un foco central de trabajo mediante la exploración de situaciones y síntomas de los integrantes del grupo, se presentaron las reglas y uso de materiales, encuadre terapéutico, se usó una técnica de juego de descarga psicomotriz y una técnica de expresión libre de dibujo y pintura.

Sesión 2: Se enlazó con la sesión anterior, se exploraron los sentimientos con respecto al tema de tratamiento y experiencias vividas recientemente, se trabajó mediante el dibujo y la palabra para conseguir la salida de la tensión que generaba la situación del tratamiento, se reformo la seguridad y apoyo terapéutico y se manejó el tema de los sentimientos y miedos.

Sesión 3: Se enlazó con la sesión anterior, se exploraron las situaciones que se les presentaron durante la semana y que desearon expresar, se exploró el autoconocimiento y el concepto de autoaceptación, se usó la técnica de pintura con dedos como medio de expresión, para saber cómo se ven, como se sienten y como los ven los demás, luego se manejó una dinámica de grupo donde se utilizó el sociodrama como método de reflexión de sentimientos, usando como base un cuento narrativo sobre la imagen corporal e inseguridad de la imagen.

Sesión 4: Se enlazó con la sesión anterior, se exploraron sentimientos o pensamientos que desearon expresar en el grupo, se tomó el tema de la autoestima y la timidez con el uso de la técnica de cuento narrativo y se generó la expresión libre, luego un integrante del grupo solicitó que se usara la masilla que ayudó como medio para expresar lo que pensaban y sentían.

Sesión 5: Se enlazó con la sesión anterior, se expuso el tema de la separación, individualización y la baja tolerancia a la frustración y/o enojo, se utilizó la técnica del juego de Dominó.

Sesión 6: Se enlazó con la sesión anterior, se anunció el tiempo que falta para la terminación del tratamiento y se observaron las reacciones por parte de los participantes, que algunos no deseaban que terminara y otros lo tomaron con normalidad. Se tomó el tema de la relación con los pares y adultos y la desaprobación social, se alentó al grupo a crear una historia que mostrara como se relacionaban con otras personas, manifestando sus experiencias y compartiéndola con los integrantes del grupo.

Sesión 7: Se enlazó con la sesión anterior, se volvió a tocar el tema de la terminación del tratamiento y se observó las reacciones por parte de los participantes, esta vez hubo mayor aceptación, se desarrolló el tema del perfeccionismo. Los participantes del grupo expusieron situaciones escolares, como se sentían y como reaccionaban en dichas situaciones de estrés en el colegio, se utilizó la técnica de la narración para esta sesión dejando la discusión abierta y exponiendo sus emociones y sentimientos.

Sesión 8: Se enlazó con las sesiones anteriores, tocando cada uno de los temas desarrollados y como se sintieron en el tratamiento, saber que emociones y pensamientos surgían de cada uno de los participantes, dejando la expresión libre.

3.10.4. Definición Operacional de la *variable dependiente*: Ansiedad

Sujetos que obtuvieron una puntuación arriba de 55 en el Cuestionario Educativo Clínico CECAD de ansiedad y depresión en el área de Ansiedad, que apunta a síntomas de tensión muscular y problemas inherentes a una incorrecta respiración, miedos, preocupaciones y pensamientos molestos (Lozano, García, Lozano, 2013).

Además, se utilizaron los criterios de DSM - 5 como guía para el diagnóstico de los sujetos del estudio.

3.11. Población

Niños y niñas de 7 a 12 años de la Fundación Tía Dora, residentes en la Ciudad de Panamá y Panamá Oeste.

3.12. Muestra

Se seleccionó los sujetos que obtuvieron un nivel de ansiedad clínicamente significativo en los instrumentos de evaluación seleccionados de la investigación, se realizó la historia clínica que corroboró los datos del entrevistado. Es una muestra no probabilística y es asignada a conveniencia.

3.13. Criterios de inclusión

- Nivel de ansiedad clínicamente significativa
- Haber firmado el consentimiento informado por los padres
- No presentar un trastorno psicológico diagnosticado anteriormente.
- No estar recibiendo atención psicológica o psiquiátrica por esta u otra condición.
- Estar dispuesto a participar en la Intervención psicoterapéutica grupal.

3.14. Criterios de exclusión

- No firmar el consentimiento informado por parte de los padres

- Abandonar el programa antes de terminar
- Dejar de asistir a dos sesiones continuas de la terapia
- No estar dispuesto a participar de la Intervención psicoterapéutica grupal

3.15. Confidencialidad

La información de este estudio de investigación y los registros se mantienen de la forma más confidencial posible según lo estipulado por las leyes nacionales e internacionales para la protección de los sujetos participantes de la investigación. A la terminación del estudio la información recolectada fue procesada al final y los datos se protegieron mediante cambio en los nombres y utilizando números.

3.16. Procedimiento

Lo primero que se realizó fue la consulta bibliográfica para el desarrollo de la investigación, recabando información de textos, investigaciones, internet y consulta de expertos, obteniendo información sobre los enfoques psicodinámicos, humanistas y el proceso de integración de los mismos para el beneficio de los participantes del estudio. Se contactó con el personal de la fundación buscando los permisos correspondientes para la realización de la investigación, posteriormente se realizó el primer contacto con los padres y

niños, logrando realizarse las entrevistas y evaluaciones. Se entregó el formato de consentimiento informado para que los padres dieran su autorización, con este primer contacto se pudo identificar la muestra que presentó un nivel de puntuación de 55 hacia arriba en la prueba de ansiedad y con la entrevista clínica se corroboró que sus síntomas fueran clínicamente significativas.

El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo en las instalaciones de la fundación y se trabajó de manera integrativa durante 45 minutos en cada sesión, que abarcaban dos sesiones por semanas, dando un total de 4 semanas de trabajo con el grupo, todo ejecutado en la Ciudad de Panamá.

3.17. Instrumentos de medición y evaluación

Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición:

Entrevista Clínica

Para Rossi, (2010), la entrevista clínica es un instrumento de evaluación se utilizó en el contexto psicológico, al ser niños los sujetos de investigación se sugirieron que ambos padres asistieran a la entrevista inicial. En esta entrevista queríamos adquirir información del niño y el contexto en el que vive, funcionamiento de la dinámica familiar, por ejemplo: la relación y las alianzas que se establecen entre padres e hijos y el tipo de manejo disciplinario y emocional al que se encuentra expuesto el niño.

Examen mental

Este instrumento se utilizó para la observación clínica sobre el individuo, donde se describe el comportamiento de los pacientes en el periodo de contacto con el terapeuta y en el periodo del tratamiento. Brindó información valiosa para el diagnóstico y evaluación del trastorno y resultados del tratamiento. Dentro de los datos que se obtuvieron en el examen del estado mental están: descripción general, evaluación de emociones, las funciones cognitivas, los procesos de pensamiento y procesos perceptivos.

Cuestionario de Ansiedad y Depresión (CECAD).

El CECAD o Cuestionario Educativo – Clínico: Ansiedad y Depresión creado por L. Lozano González, E. García Cueto y L. Lozano Fernández, de aplicación individual o colectiva, con duración de 10 a 20 minutos, con un ámbito de ampliación de 7 años en adelante y baremos de puntuaciones típicas T (Media T=50; Dt=10) por edades y sexo.

Es un cuestionario que evalúa la existencia de los dos trastornos emocionales más frecuentes: la ansiedad y la depresión tomando en cuenta los criterios de él DSM- IV. Una puntuación alta en cualquiera de estas dos dimensiones informa de la existencia de un trastorno emocional que debería abordarse analizando las puntuaciones en las siguientes escalas: depresión, ansiedad, inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos. Es muy fácil de aplicar y es breve, pues se tarda una media de 15 minutos

en contestarlo, la población a la que fue dirigida son los niños, los adolescentes y los jóvenes adultos (Lozano *et al.*, 2013).

Para Lozano *et al.* (2013) los ítems son fáciles de comprender en su lectura. Es muy recomendable la aplicación oral o mediante dictado en los niños más pequeños o en cualquier sujeto con problemas en la lectura. A partir de los 50 ítems que componen el cuestionario se pueden valorar los factores de Ansiedad y Depresión junto a cuatro aspectos clínicos: inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos. Según las conductas reportadas permitió la elaboración de programas de intervención y facilitó el poder comprobar los resultados del tratamiento. Cabe resaltar que para efectos de este trabajo de investigación solo se utilizó la escala que mide la Ansiedad.

La fiabilidad se realizó mediante el coeficiente de Cronbach (estimación por defecto del coeficiente de fiabilidad de la prueba) comprobando satisfactoriamente cada uno de los factores clínicos evaluados. En el caso de la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio por el método MRFA (*Minium Rank Factor Analysis*) con la rotación oblicua (*oblimin*), como resultado se observan dos factores (Ansiedad y Depresión) con un 54 % de la varianza total. Para garantizar el análisis factorial de los datos se utilizaron los valores de la medida de adecuación muestral de Kaiser, Meyer & Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett (Lozano *et al.*, 2013).

3.18. Limitaciones de la investigación

- El número de sujetos que conformaron la muestra fue una de las limitaciones encontradas.
- La cantidad de sesiones de la investigación. Algunos sujetos requerían más tiempo para reflejar un cambio.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Un total de 23 niños forman parte de la Fundación Tía Dora, de los cuales 12 niños cumplían con los criterios de inclusión, los que no cumplieron con los criterios de inclusión establecidos desde un inicio del estudio no participaron del mismo. A los doce niños se les aplicó la prueba CECAD, de los cuales solo seis mostraron rasgos de ansiedad en la prueba. Dentro de los criterios de inclusión de los participantes están: tener un rango de edad de 7 a 12 años, no estar recibiendo atención psicológica o psiquiátrica por esta u otra condición y no presentar un trastorno psicológico diagnosticado anteriormente.

4.1. Heterogeneidad y homogeneidad de los pacientes tratados

La muestra estudiada es homogénea en cuanto a la sintomatología de ansiedad, género y de que todos los niños forman parte de la fundación Tía Dora, pero conformaron una muestra heterogénea en lo concerniente a la edad, nivel socioeconómico y escolaridad. El rango de edad de los niños era de 7 a 12 años (ver cuadro 2).

CUADRO 2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

SUJETOS	EDAD	GÉNERO	ESCOLARIDAD	NIVEL SOCIOECONÓMICO
1	8 años y 7 meses	Femenino	2do. grado	Media
2	11 años y 0 meses	Femenino	5to. grado	Media
3	12 años y 0 meses	Femenino	6to. grado	Media
4	8 años y 0 meses	Femenino	2do. grado	Media
5	7 años y 0 meses	Femenino	2do. grado	Media

Fuente: Dayhana González Flores, 2019

La edad de los sujetos oscila entre los 7 y 12 años, 3 (60%) están en 2do. grado, uno (20%) en 5to. Grado y uno (20%) en 6to. grado, cinco son niñas (100%) y cinco tienen un nivel socioeconómico medio (100%).

Como se apreció en el grupo el Trastorno por Ansiedad Generalizada se observó en el 100% de los casos, debido a que cumplían con los requisitos establecidos por el manual DSM – 5.

Con relación a la escolaridad, la mayoría de los casos según las historias clínicas presentaron problemas de rendimiento académico y no presentan retardo mental.

4.2. Análisis estadístico

Ansiedad

CUADRO 3. COMPARACIÓN DE LA VARIABLE ANSIEDAD ENTRE PRETEST Y POST TEST DEL GRUPO

SUJETO	1	2	3	4	5
Pre test	60	59	57	62	64
Post test	57	54	55	59	55

Fuente: Dayhana González Flores, 2019.

En la aplicación del CECAD el resultado del pre test del grupo tuvo un rango entre 57 y 64 y en el post tes tuvo un rango de 54 y 59. Los que están de 55 hacia arriba presentan grado significativo de Ansiedad y los que están por debajo del mismo puntaje están dentro de la norma.

4.3. Estadística descriptiva: Comparación entre el pre test y post test del grupo

Los estadísticos descriptivos para las muestras reflejan que en el caso del pre test 1 la media aritmética fue de: 60.4 puntos mientras que para el Post test 2 la media aritmética fue de: 56 puntos. No obstante, el problema central de esta investigación es verificar si esa disminución de la media representa una diferencia significativa desde el punto de vista estadística que permita sugerir que el tratamiento psicoterapéutico explica esa disminución en los síntomas (ver cuadro 4).

CUADRO 4. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Pre test 1	5	7,00	57,00	64,00	60,4000	2,70185	7,300
Pos test 2	5	5,00	54,00	59,00	56,0000	2,00000	4,000
N válido (según lista)	5						

Fuente: Dayhana González Flores, 2019.

Prueba de hipótesis: Para tal efecto, se efectuó la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon con los siguientes resultados (ver cuadro 5).

CUADRO 5. RANGOS

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Prueba 2 - Prueba 1			
Rangos negativos	5 ^a	3,00	15,00
Rangos positivos	0 ^b	,00	,00
Empates	0 ^c		
Total	5		

Fuente: Dayhana González Flores, 2019.

a. Prueba 2 < Prueba 1

b. Prueba 2 > Prueba 1

c. Prueba 2 = Prueba 1

CUADRO 6. ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE b

	Prueba 2 – Prueba 1
Z	-2,032 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	,042

Fuente: Dayhana González Flores, 2019.

a. Basado en los rangos positivos.

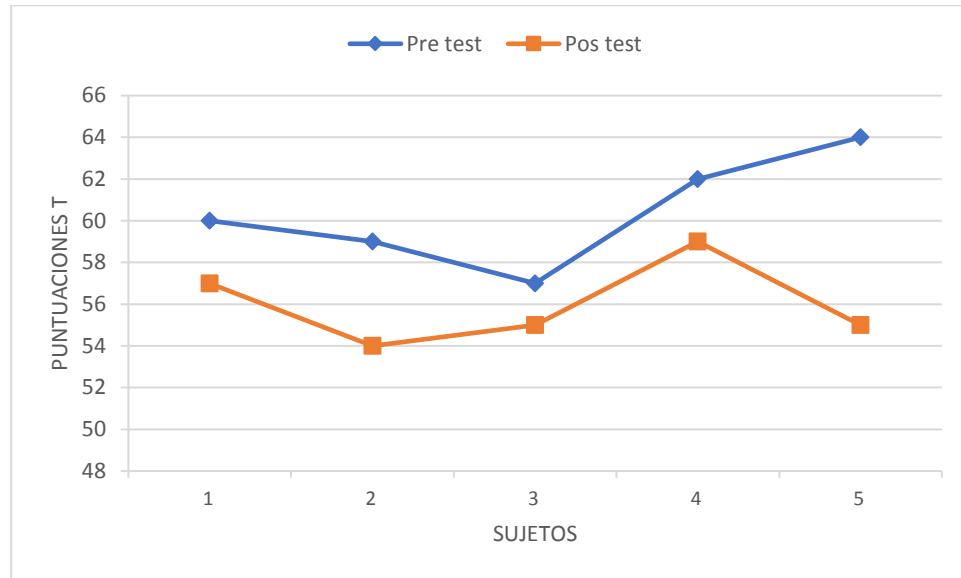
b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

El p-valor definido por la significancia asintótica (bilateral) al realizar la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon presenta un valor de 0.042, el cual es ligeramente menor que el p-valor de significancia teórico 0.05. (ver cuadro 6)

$$0.042 \leq 0.05$$

Conclusión: Debido a tales resultados, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Es decir, existe suficiente evidencia estadística que demuestra que hay una disminución significativa de los síntomas, una vez se ha aplicado el tratamiento psicoterapéutico. Con ello, la baja entre la media aritmética del grupo 1 (antes de aplicar el tratamiento) 60.4 puntos con respecto a la media aritmética del grupo 2 (después de aplicar el tratamiento) 56 puntos es significativa.

Figura 1. Comparación entre el pre test y post test del grupo



Fuente: Dayhana González Flores, 2019

En esta gráfica se demuestra que existe una disminución del puntaje de la ansiedad después de la Intervención psicoterapéutica grupal. Como se aprecia el tratamiento fue efectivo en cuanto a la disminución de los síntomas de la ansiedad en los sujetos.

4.4. Análisis de los resultados

La hipótesis del estudio plantea que:

Los niños de 7 a 12 años con ansiedad que participan en la intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo reportarán una disminución de los síntomas que presentan.

Por lo tanto, se analizó el comportamiento de la variable ansiedad.

- Ansiedad

Basándonos en la descripción estadística antes planteada el instrumento utilizado para evaluar la sintomatología de ansiedad permite hacer el siguiente análisis de los resultados. La disminución del puntaje de ansiedad después de la intervención psicoterapéutica grupal es estadísticamente significativa.

CUADRO 7. DIFERENCIAS DE PUNTUACIÓN

Sujetos	Puntos de diferencia
1	3 puntos
2	5 puntos
3	2 puntos
4	3 puntos
5	9 puntos

Fuente: Dayhana González Flores, 2019

Los sujetos 2, 3 y 5 presentaron mayores diferencias y puntuaciones que demuestran estar por debajo de la puntuación de 55 y los ubica en la normalidad. Los sujetos 1 y 4 a pesar de que presentaron una disminución en la puntuación aún siguen presentando, una puntuación por arriba de los 55 en la prueba que nos dice que aun presentan niveles de ansiedad por arriba de la normalidad. Esto nos lleva a pensar que es necesario realizar una intervención psicoterapéutica más prolongada.

CONCLUSIONES

De esta investigación se derivan las siguientes conclusiones:

- Se confirma que trabajar de forma grupal en psicoterapia permite al niño expresar sus conflictos y fantasías a través del lenguaje del juego utilizando él mismo como equivalente de la asociación libre en adultos.
- El establecer un foco terapéutico desde un inicio permitió que la intervención psicoterapéutica fuese efectiva en la disminución de los síntomas de los pacientes, ya que permite como bien menciona Schaefer, que los pacientes expresen sus sentimientos y necesidades de formas más efectiva.
- En la prueba de hipótesis se mostró una mejora estadísticamente significativa, sin embargo, las puntuaciones de las pruebas aún permanecían dentro del rango donde hay presencia de ansiedad en algunos participantes.
- Para estos participantes que han disminuido los niveles de ansiedad pero que aún se presentan un puntaje dentro del rango de ansiedad, requieren de un mayor tiempo de atención en el proceso de tratamiento.
- A pesar de que la población era de niños y niñas, las niñas fueron las que manifestaron los síntomas y puntuaciones elevadas de ansiedad en la prueba, conformando el 100% de la muestra de la investigación.

- Los niños de 7 a 12 años de la Fundación Tía Dora que presentaron niveles de ansiedad clínicamente significativa y que recibieron la intervención psicoterapéutica presentaron una disminución de sus síntomas.
- Una intervención psicoterapéutica grupal de modelo integrativo es efectiva en la disminución de los síntomas.
- En actividades de expresión libre los participantes participaron más activamente y expresando de forma más cómoda sus emociones, sensaciones, sentimientos, etc.
- Las técnicas no directivas daban mayor libertad a los niños a expresarse abiertamente.
- Las técnicas directivas ayudaron a los niños a expresarse de forma más clara y organizada.

RECOMENDACIONES

Una vez concluido este estudio se recomienda lo siguiente:

A nivel profesional

- Replicar esta investigación en otras instituciones u organizaciones que les sea de apoyo para su población.
- Replicar esta investigación a una muestra de mayor tamaño.
- Tomar en cuenta las variabilidades de las edades de los participantes, cuidando el nivel de desarrollo.
- Si bien es cierto el modelo psicoterapéutico presentado en esta investigación es grupal, es conveniente ver la posibilidad de intentar una atención individual para algunos pacientes buscando una mejora y eliminación de los síntomas a largo plazo.
- Realizar un tratamiento donde se integre a la familia y que los padres participen de forma activa en el proceso psicoterapéutico individual.
- Tomar en cuenta que muchas veces solo uno de los padres asistirá a las citas.
- Ser sensible hacia el cierre de la psicoterapia, hablando del tema en varias ocasiones en el transcurso del proceso y no esperar a las últimas sesiones para evitar los sentimientos que esto puede despertar y sea visto como una pérdida por el paciente y que sea elaborado de forma adecuada.

- Recomendar a los padres que vayan a psicoterapia individual y que comprendan que a medida que ellos vayan sintiéndose mejor, sus hijos también van a estarlo.

A nivel investigativo

- Ampliar la investigación utilizando otro tipo de pruebas para medir la variable de ansiedad.
- Variar la psicoterapia haciendo diferencias para distintos grupos, tomando en cuenta por ejemplo según la edad, diagnóstico y el funcionamiento familiar.
- Si el grupo es mayor tomar en cuenta la posibilidad de un coterapeuta para maximizar los esfuerzos terapéuticos y manejar los fenómenos que se le presentan.
- Diseñar estrategias terapéuticas que incluya a los padres y familias de los niños y niñas.
- Que el estudio sea aplicado a otra muestra
- La utilización de otros modelos o enfoques psicoterapéuticos.
- Tomar en cuenta el tipo de familia del paciente (nuclear, extendida, monoparental).

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5°)*. 5° Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Ballesteros, M., & López, J. (2013). *Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas*. Revista Vanguardia Psicológica.

Bettelheim, B. (1977). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. México, D.F.: Ed. Culturales Paidós, S.A.

Calle, R.A. (1990). *Ante la ansiedad*. Barcelona, España: Ediciones Urano, S.A.

Cárdenas E.M., Fera M., Palacios L., De la Peña F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes*. Ed. S Berenson, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina. Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.

Codere, J. (1990). *Teoría y técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona, España: Herder.

Carroll, H.A. (1984). *Higiene Mental*. México: Ed. Continental, S.A.

Comptom, S. N., Nelson, A.H., March, J.S. (2000). *Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescent*. Academy Child Adolescent Psychiatry (39-1040-6.)

Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Ed. Pax

Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos*. México, México: El Manual Moderno.

Fejerman, N. (2010). *Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes: Conductas motricidad aprendizaje lenguaje y comunicación*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Fernández – Álvarez, H y Opazo, R. (2004). *La Integración en Psicoterapia*. Manual Práctico. Capítulos 6 y 10. Paidós. Barcelona. España.

Figueroba, A. (2018) *Los 4 grandes modelos integradores en terapia psicológica*. Psicología y mente. Recuperado de <http://www.psicologiaymente.com/>

Florenzano, R. (1984). *Técnicas de psicoterapias dinámicas*. Santiago: Ed. Universitaria.

Halgin, R.P., Krauss, S. (2004). *Psicología de la anormalidad*. México: Ed. McGraw-Hill.

Hanna, G., Fisher, D.J., Fluente T.E.: *Separation Anxiety Disorder and School Refusal in children and adolescents*. Pediatr Rev (p 27: 56-63).

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México, México: Mc Graw-Hill.

Hernández, G., Vidal, M., Gómez, A., Ibáñez, C., Pérez, J. (2008). *Ansiedad y trastornos de ansiedad*. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Jara, A. (2011). *Efectos de una Intervención Psicoterapéutica Breve con enfoque psicodinámico para niños con padres divorciados que presentan rasgos de ansiedad* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Panamá. Panamá.

Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. México: Ed. Desclée de Brouwer, S.A.

Klein, M(1932). *The Psycho-analysis of Children*, Londres Hogarth Press. En español: El psicoanálisis de niños, Buenos Aires, Paidós, 1987.

Kleinke, C. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.

Lewin, J., & Usdin, G. (1982). *Treatment Planning in Psychiatry*, American Psychiatric Association. Washington, Estados Unidos de América.

Lobo, A., Campos, R. (1997). *Factores etiopatogénicos. Trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Editorial Emisa

Loodli-Usteri, M. (1982). *La ansiedad en la infancia*. Madrid, España: Ed. Ediciones Morata, S.A.

Lozano, L., García, C., Lozano, L.M. (2013). *Cuestionario educativo: Clínica de Ansiedad y Depresión (CECAD)*. Madrid, España: Ed. Tea.

Maero, F. (2015) *La integración en psicoterapia*. Recuperado de <http://psyciencia.com/>

Mayes, L., Guillian, W., Stout-Sosinsky, L. (2007). *The infant and toddler*. Textbook, 4th edition Martin A. Volkman F. (EDS.)

Ministerio de Salud de Panamá. (2015). *Análisis situacional de Salud Mental*. http://www.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/asis_2015.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2016). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Enter_compl.pdf

Morales, M. (2005). *Narración de historia en Psicoterapia infantil. Enfoque de psicoterapia Gestalt*. Córdoba, Argentina: Brujas.

Morrison, J., Flegel, K. (2018). *La entrevista en niños y adolescentes. Habilidades y estrategias para el diagnostico eficaz del DSM-5*. Doi: 978-607-448-671-1

Norcross, J., & Goldfried, M. (2003). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York, United States of America: Oxford University Press.

Oaklander, V. (2001). *Ventanas a nuestros niños*. Santiago, Chile: Ed. Cuatro vientos.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Orgilés, M., Fernández, I., González, M., Espada, J. (2016). *Niños con síntomas de ansiedad por separación: Un estudio de sus hábitos y problemas de sueño*. Elsevier, 22(2-3). 91-96.

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica*. Santiago, Chile: ICPSI.

Parrado Amaro, F. (2008). *Ansiedad (aspectos conceptuales) y Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes*. Paidopsiquiatria. Cat, 46. Retrieved from <http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/Trastornos Ansiedad 0 07-09 M2.pdf>

Puyuelo, R. (1984). *La ansiedad infantil. Un difícil bienestar*. Barcelona, España: Ed. Herder.

Real Academia de la Lengua. (2017). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=2l0oQtn>

Rodríguez- Sacristán, J. (2002). *La Ansiedad en la infancia: La experiencia de la angustia en los niños*. España: Ed. Pirámide.

Rosado, M. (2007). *El enfoque integrativo en psicoterapia*. IPyE: *Psicología y Educación*, 1(2). Recuperado de <http://cort.as/-SVGP>

Rossi, L. (2010). *Entrevista: Historia clínica. Patología Frecuente*. México, México: Editores de textos mexicanos, S.A.

Ruthan, J. y Stone, W. (1993). *Psychodynamic Group Psychotherapy*. Second Edition. The Guilford Press. New York. E.E.U.U.

Schaefer, C.E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Ed. El Manual Moderno.

Semrud, M., Teeter, P.A. (2011). *Neuropsicología infantil. Evaluación e intervención en los trastornos neuro evolutivos*. Madrid: Pearson- UNED.

Speier, A. (1968). *Psicoterapia de grupo en la infancia*. Buenos Aires, Argentina: Proteo.

Tejeira, Y. (2007). *Intervención Psicoterapéutica en grupo de niños y niñas de 9 a 13 años diagnosticados con Enfermedades malignas, tendientes a mejorar su percepción*

de Calidad de vida, sus estrategias de afrontamiento y sus niveles de ansiedad (tesis de maestría) Universidad Nacional de Panamá. Panamá.

Urra, F. (2005). *Terapia Integrativa Grupal Para Pacientes Con Trastorno de Personalidad Límite* (tesis para optar al grado de Magíster en Psicoterapia Integrativa). ICPSI-U.A.I. Santiago. Chile.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona, España: Ed. Gedisa, S.A.

ANEXO

ANEXO N°1

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presenta nota, autorizo la participación de mi hijo (a)_____

en el estudio que será realizado por la psicóloga Dayhana I. Gonzalez Flores CIP 3111.

Es de mi conocimiento que este estudio es una intervención psicoterapéutica grupal que busca disminuir los niveles de ansiedad, en niños y niñas del Teatro Infantil Tía Dora.

La intervención consta de 8 sesiones grupales y las mismas serán completamente gratuitas, realizadas en la sede del Teatro Infantil Tía Dora.

La identidad de los participantes y sus familias será mantenida confidencialmente sin embargo la información cuantitativa y los resultados serán utilizados para el informe de la investigación y para la institución colaboradora, Fundación Tía Dora.

Atentamente,

Firma del padre o acudiente

Ced: _____

Panamá, 2 de septiembre de 2017

ANEXO N°2
HISTORIA CLINICA INFANTIL
CASO No. 1

Ficha de identificación

Nombre: Sujeto 1

Sexo: F

Edad: 8 años y 7 meses

Curso escolar: 2do. Grado

Centro escolar: Confidencial

Motivo de consulta y padecimiento actual:

La madre del sujeto 1 menciona que de un tiempo acá la niña ha presentado cambios de conducta, esta irritable (como expresa la madre), más intranquila, cambia de humor rápidamente. En la escuela tiene dificultades para relacionarse con sus compañeros, además a cada rato cuestiona su color de piel y porque sus hermanas son diferentes a ella. La madre expresa estar preocupada porque siente que el sujeto 1 no acepta la separación y cree que puede ser una de las causas de su cambio.

Antecedentes Personales:

Es la segunda hija de la relación de sus padres. Es producto de un embarazo no planeado. Control prenatal normal. Fue un embarazo a término y fue parto natural. El desarrollo físico adecuado.

El periodo de lactancia fue corto, la alimentación en los primeros años de vida fue más de fórmula y luego pasó al consumo de otros alimentos (sólidos) sin dificultad.

Hospitalizada por broncoespasmo al año de vida y en pre-kínder se cayó y tuvo un pequeño quiebre en la mandíbula.

En el desarrollo motor pasó por la etapa de gateo e inició a caminar al año.

En el lenguaje: antes del año hacía sonidos e inició hablar de forma más clara a los 2 años.

Sufre de reflujo estuvo en tratamiento médico, es una niña cariñosa, callada y apegada a la madre, pero se han presentado esos cambios de un tiempo para acá.

Su rendimiento escolar era bueno, pero en la actualidad presenta dificultades en materias como matemáticas.

Antecedentes Familiares:

El sujeto 1 forma parte de una familia de padres divorciados. Los mismos se separaron cuando ella tenía 2 años, de clase socioeconómica media baja, actualmente vive con su madre y dos hermanas, la madre de 43 años trabaja en una institución del estado, es la figura de control y exigente en el hogar y es la figura a la que más está apegado el sujeto.

Padre de 45 años, trabaja de forma independiente. La relación con su padre es buena. Anteriormente la buscaba para ir al colegio y de un momento a otro dejó de hacerlo, solo comparte con su hija los fines de semana cuando la busca para llevarla a las clases de los sábados y regresarla a su casa. Hermanas de 13 y 2 años: mantiene una buena relación con sus hermanas, con la que más juega es con la hermana de 2 años.

No hay antecedentes de enfermedades médicas severas en la familia.

Examen del Estado Mental:

Aspecto físico: normal

Actividad Psicomotora: inquieta

Expresión del rostro: normal

Mímica y gesticulación: preocupada

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperación normal

Variación cuantitativa del lenguaje: lenguaje prolijo, aunque algo acelerado.

Valoración de las emociones:

Afecto: normal

Estado de ánimo: normalidad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: inicia ligeramente ansiosa.

Evaluación de Funciones Cognoscitivas:

Nivel de conciencia: normal

Evaluación de la orientación personal, espacial, temporal y situacional: orientado en tiempo y espacio.

Memoria: normal

Atención y concentración: normal

Perplejidad: no evaluado

Capacidad ejecutiva: no evaluado

Diagnostico multiaxial:

Eje I:	F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada [300.02]
Eje II:	Z03.2 Ningún diagnostico [V71.09]
Eje III:	Ninguno
Eje IV:	
Eje V:	EEAG =

HISTORIA CLINICA INFANTIL

CASO No. 2

Ficha de identificación

Nombre: Sujeto 2

Sexo: F

Edad: 11 años y 0 meses

Curso escolar: 5to. grado

Centro escolar: Confidencial

Motivo de consulta y padecimiento actual:

Los padres mencionan que de un tiempo acá el sujeto 2 ha comenzado a expresar que no quiere ir a la escuela (hace 5 meses), que prefiere quedarse en casa y que cada vez que la llevan la observan ansiosa, incomoda, solo se calma cuando le aceptan quedarse en casa. Ha bajado sus notas en varias materias, fueron a la escuela y conversaron con la maestra para saber si había algo diferente o si había pasado algo y no encontraron ninguna causa para este cambio. Además, ha comenzado a expresarse de forma drástica ejemplo se preocupa que les pase algo (A sus padres).

Antecedentes Personales:

Es producto de un embarazo no planeado. Su lactancia fue de un mes de pecho y posterior le dieron fórmula, a los 2 años ya comía alimentos sólidos, su primer diente fue al año, su primera palabra fue tarde (en palabras de la madre), su primer gateo y pasos fueron alrededor de los 14 meses, al año de vida le diagnosticaron diabetes tipo 1 y fue tratado.

Antecedentes Familiares:

Es la menor de tres hermanas, sus hermanas tienen 16 y 19 años y tiene muy buena relación con ellas, aunque a veces discute con la de 16 años, de chica fue diagnosticada con diabetes tipo I (ya es tratada por este tema). La madre de 45 años trabaja de oficinista y el padre de 48 años trabaja en ventas. La paciente está más apegada a la madre.

Examen del Estado Mental:

Aspecto físico: normal

Actividad Psicomotora: normal

Expresión del rostro: normal

Mímica y gesticulación: leve tensión

Manera de aceptar el interrogatorio: levemente pasiva y cooperadora

Variación cuantitativa del lenguaje: normal

Valoración de las emociones:

Afecto: normalidad

Estado de ánimo: normalidad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: leve tensión, aunque cooperadora

Evaluación de Funciones Cognoscitivas:

Nivel de conciencia: normal

Evaluación de la orientación personal, espacial, temporal y situacional: orientada en tiempo y espacio.

Memoria: normal

Atención y concentración: normal

Perplejidad: no evaluado

Capacidad ejecutiva: no evaluado

Diagnostico multiaxial:

Eje I:	F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada [300.02]
Eje II:	Z03.2 Ningún diagnostico [V71.09]
Eje III:	Diabetes tipo 1. Insulino dependiente
Eje IV:	
Eje V:	EEAG =

HISTORIA CLINICA INFANTIL

CASO No. 3

Ficha de identificación

Nombre: Sujeto 3

Sexo: mujer

Edad: 12 años y 0 meses

Curso escolar: 6to Grado

Centro escolar: Confidencial

Motivo de consulta y padecimiento actual:

La madre ve a su hija muy preocupada en los últimos meses (aproximado 3 a 4 meses). Cuando estudia la ven muy ansiosa por salir bien o por poder cumplir con sus deberes, menciona que no es una conducta normal, siempre ha estado en varias actividades culturales y ahora tiene conductas como, por ejemplo, no entregar las tareas de diferentes materias, al preguntarle qué había pasado ella no dice nada y se queda callada, pero si la ve ansiosa o estresada gran parte del tiempo.

Antecedentes Personales:

Es producto de un embarazo planeado, nació por cesárea, caminó a los 7 meses.

Antecedentes Familiares:

Es la hermana del medio de tres hermanos, uno de 4 años y un hermano mayor de 18 años. Se lleva bien con ambos. Su padre de 37 años y su madre de 34 años, ambos trabajan independientes. En la familia presentan enfermedades como alergias y enfermedades respiratorias.

Examen del Estado Mental:

Aspecto físico: normal

Actividad Psicomotora: normal

Expresión del rostro: normal

Mímica y gesticulación: normal

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperadora

Variación cuantitativa del lenguaje: un poco acelerada

Valoración de las emociones:

Afecto: normales

Estado de ánimo: normal

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: inquieta

Evaluación de Funciones Cognoscitivas:

Nivel de conciencia: normal

Evaluación de la orientación personal, espacial, temporal y situacional: orientada en tiempo y espacio.

Memoria: normal

Atención y concentración: normal

Perplejidad: no evaluado

Capacidad ejecutiva: no evaluado

Diagnostico multiaxial:

Eje I:	F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada [300.02]
Eje II:	Z03.2 Ningún diagnostico [V71.09]
Eje III:	Ninguno
Eje IV:	
Eje V:	EEAG =

HISTORIA CLINICA INFANTIL

CASO No. 4

Ficha de identificación

Nombre: Sujeto 4

Sexo: mujer

Edad: 8 años y 0 meses

Curso escolar: 2do. Grado

Centro escolar: Confidencial

Motivo de consulta y padecimiento actual:

Sus padres expresan que su hija le tiene miedo a la oscuridad, no quiere dormir sola y antes dormía sola sin ningún inconveniente. Tiene manías desde hace 2 a 3 meses, como revisar si la puerta de su cuarto está abierta, siempre tiene que dormir con una luz prendida, se entretiene hablando en clases y no termina las tareas o no copias los deberes, en la casa la ve muy sensible, llora por cualquier cosa y es muy exigente consigo misma

Antecedentes Personales:

Es de un embarazo no planeado, nació por cesárea, se chupó los dedos hasta los 6 años, su primer diente le salió a los 7 u 8 meses, tomo fórmula, pero le caía mal, gateó a los 7 u 8 meses, caminó al año.

Antecedentes Familiares:

Es la mayor de dos hermanos, tiene un hermano de 4 años, su madre tiene 43 años y su padre tiene 45 años, está más apegada a su padre. Por lo general es cuidada por dos tías y abuela, mientras sus padres trabajan, está muy apegada a su abuela.

Examen del Estado Mental:

Aspecto físico: cuidada, solo se muerde las uñas.

Actividad Psicomotora: normal

Expresión del rostro: preocupada

Mímica y gesticulación: normal

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperadora

Variación cuantitativa del lenguaje: normal

Valoración de las emociones:

Afecto: normal

Estado de ánimo: normal

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: normal.

Evaluación de Funciones Cognoscitivas:

Nivel de conciencia: normal

Evaluación de la orientación personal, espacial, temporal y situacional: orientada en tiempo y espacio.

Memoria: normal

Atención y concentración: normal

Perplejidad: no evaluado

Capacidad ejecutiva: no evaluado

Diagnostico multiaxial:

Eje I:	F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada [300.02]
Eje II:	Z03.2 Ningún diagnostico [V71.09]
Eje III:	Ninguno
Eje IV:	
Eje V:	EEAG =

HISTORIA CLINICA INFANTIL

CASO No. 5

Ficha de identificación

Nombre: Sujeto 5

Sexo: mujer

Edad: 7 años y 0 meses

Curso escolar: 2do. grado

Centro escolar: Confidencial

Motivo de consulta y padecimiento actual:

Tiene pesadillas, se despierta en la noche asustada y gritando además es difícil levantarla para ir a la escuela, no quiere ir y está desganaada, hace berrinches en la calle y tiene problemas para relacionarse con sus pares, está más reactiva, apagada y silenciosa gran parte del tiempo.

Antecedentes Personales:

Es producto de un embarazo no planeado, mediante cesárea, su primera palabra fue a los 6 meses, a los 2 años tuvo problemas en sus vías respiratorias y a los 4 años le daba muchas diarreas, ambos temas ya fueron tratados y controlados medicamente.

Antecedentes Familiares:

Es la hija del medio de tres hermanas, sus hermanas tienen 3 años y 10 años, su madre es ama de casa y su padre trabaja en administración, son de otro país y por temas de trabajo se han trasladado a Panamá.

Examen del Estado Mental:

Aspecto físico: normal

Actividad Psicomotora: normal

Expresión del rostro: normal con preocupación

Mímica y gesticulación: poca tensión

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperativa

Variación cuantitativa del lenguaje: hipoproduktividad leve

Valoración de las emociones:

Afecto: reducidas

Estado de ánimo: normal tendiente a la tristeza.

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: ligeramente ansioso

Evaluación de Funciones Cognoscitivas:

Nivel de conciencia: normal

Evaluación de la orientación personal, espacial, temporal y situacional: orientada en tiempo y espacio.

Memoria: normal

Atención y concentración:

Perplejidad: no evaluado

Capacidad ejecutiva: no evaluado

Diagnostico multiaxial:

Eje I:	F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada [300.02]
Eje II:	Z03.2 Ningún diagnostico [V71.09]
Eje III:	Ninguno
Eje IV:	
Eje V:	EEAG =

ANEXO N°3

INSTRUMENTO

HISTORIA CLINICA INFANTIL

Ficha de identificación

Nombre:

Sexo:

Edad:

Curso escolar:

Centro escolar:

Motivo de consulta y padecimiento actual:

Antecedentes Personales:

Antecedentes Familiares:

Examen del Estado Mental:

1. Aspecto físico:
2. Actividad Psicomotora:
3. Expresión del rostro:
4. Mímica y gesticulación:
5. Manera de aceptar el interrogatorio:
6. Variación cuantitativa del lenguaje:

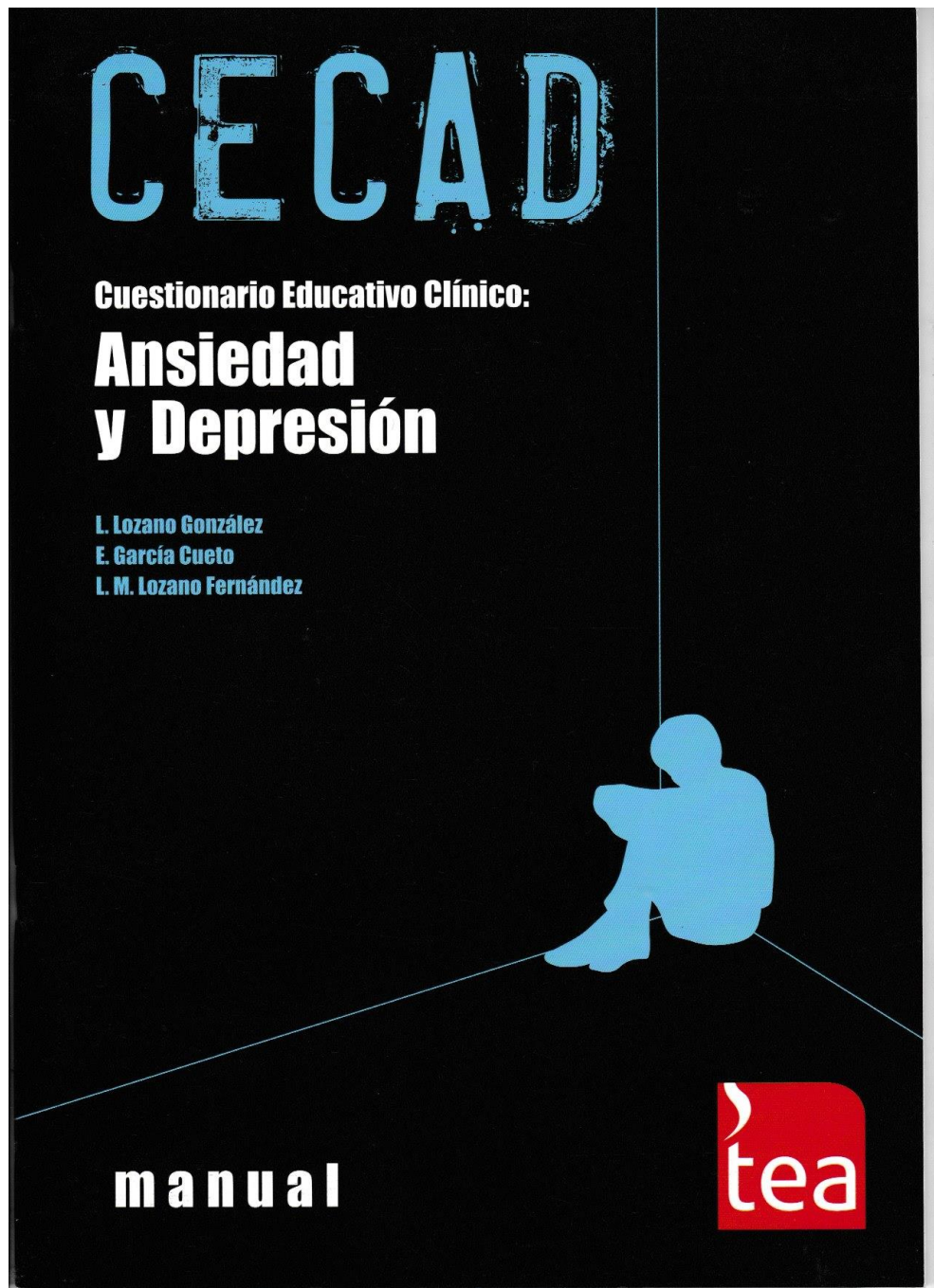
Valoración de las emociones:

1. Afecto:
2. Estado de ánimo:
3. Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio:

Evaluación de Funciones Cognoscitivas:

1. Nivel de conciencia:
2. Evaluación de la orientación personal, espacial, temporal y situacional:
3. Memoria:
4. Atención y concentración:
5. Perplejidad:
6. Capacidad ejecutiva:

Diagnostico multiaxial:



CECAD

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1 Estoy nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Duermo peor que antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Me encuentro mal cuando estoy entre gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Pienso en hacerme daño a mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Tan pronto estoy de buen como de mal humor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Me despierto muchas veces durante la misma noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Tengo la sensación de que me falta el aire para respirar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Me relajo con dificultad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Se me quedan dormidos los brazos, manos, pies o piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Me cuesta mucho dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Me enfado con facilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Tengo mucho sueño durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Siento dolores en el pecho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Me siento mal en los lugares donde me es difícil escapar (ascensor, autobús, aula...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ahora tengo menos ganas de salir que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Cuando estoy entre gente procuro marcharme a otro lugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Lloro con facilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Me preocupa perder el control de mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Los demás pueden hacer la mayoría de las cosas mejor que yo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Tengo una sensación de hormigueo en algunas partes del cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Creo que soy inútil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Cualquier cosa me irrita mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Se me nubla la vista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Pienso que todo lo hago mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Me vienen pensamientos molestos a mi cabeza, aunque yo no quiera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NO TE DETENGAS. CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

CECAD

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
26 Tiendo a pensar lo peor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Me tiemblan las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 Necesito que otros me ayuden para hacer las cosas bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Me enfado sin motivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 No sirvo para nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Tengo miedo a no saber hacer bien las tareas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 Tengo pensamientos que no se me quitan y que me molestan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Siento una opresión en el pecho que me corta la respiración.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 Durante el día paso con facilidad de estar alegre a estar triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Me cuesta trabajo ponerme a pensar sobre las cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 Me siento preocupado por cosas que me puedan pasar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Cuando me levanto por las mañanas me siento cansado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 Tengo miedo de que la gente se burle de mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Me siento con rabia por dentro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40 Me canso más rápido que los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Cuando tengo que realizar una tarea dudo si hacerla de una forma o de otra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42 Quiero estar solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Me agobio en los sitios con mucha gente (centros comerciales, cines, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44 Me siento muy solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Aunque las cosas tengan una parte positiva y buena, yo suelo fijarme en la negativa o mala.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46 Tengo pesadillas y terrores nocturnos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Me siento triste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48 Siento dolores por diferentes partes de mi cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Me siento vacío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50 Pienso que no valgo para nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES.